



ΤΜΗΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ
ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

**«ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ»**

Θεοδωροπούλου Αναστασία

ΑΜ: 526001

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Ακριβοπούλου Χριστίνα

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2026



DEPARTMENT OF POSTGRADUATE STUDIES AGING AND CHRONIC
DISEASES MANAGEMENT

'The Rights and Quality of Life of Individuals with Mild Cognitive Impairment'

Theodoropoulou Anastasia

AM: 526001

SUPERVISOR PROFESSOR: Akrivopoulou Christina

MASTER THESIS

PATRAS, JUNE 2026

ΤΜΗΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ
ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

**«ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ»**

Θεοδωροπούλου Αναστασία

ΑΜ: 526001

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΑΚΡΙΒΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ, Επίκουρη Καθηγήτρια, Σχολή Κοινωνικών
Επιστημών, ΕΑΠ.

ΠΑΡΑΛΙΚΑΣ ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

ΖΑΡΟΓΙΑΝΝΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας.

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («συγγραφέας / δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας / δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας της συγγραφέα / δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Η συγγραφέας / δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Ακριβοπούλου για την ανάθεση και επίβλεψη της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ευχαριστώ επίσης το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών για τις γνώσεις και τις εμπειρίες που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

«Η κοινωνία απομακρύνεται από τον ηλικιωμένο άνθρωπο σαν να ανήκει σε άλλο είδος... Το γήρας αποκαλύπτει την αποτυχία ολόκληρου του πολιτισμού μας.»

«Υπάρχει μόνο μία λύση ώστε το γήρας να μη γίνει μια άδεια σκιά της ζωής μας: να συνεχίσουμε να επιδιώκουμε σκοπούς που δίνουν νόημα στην ύπαρξή μας.»

Simone de Beauvoir
The Coming of Age (1970)

“Society turns away from the aged worker as though he belonged to another species... Old age exposes the failure of our entire civilization.”

“There is only one solution if old age is not to be an absurd parody of our former life, and that is to go on pursuing ends that give our existence a meaning.”

Simone de Beauvoir
The Coming of Age (1970)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η δημογραφική γήρανση και η αύξηση της Ήπιας Γνωσιακής Διαταραχής (ΗΓΔ) αποτελούν σημαντικές προκλήσεις για τα συστήματα υγείας, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής και την ψυχική ευεξία. Η ΗΓΔ συνιστά ενδιάμεσο στάδιο μεταξύ φυσιολογικής γήρανσης και άνοιας, με ετερογενή κλινική εικόνα και αβέβαιη εξέλιξη. Παράλληλα, ζητήματα που αφορούν θεμελιώδη δικαιώματα, όπως αυτονομία, αξιοπρέπεια και η ισότιμη πρόσβαση σε φροντίδα υγείας, καθώς και οι στάσεις απέναντι στην ευθανασία, αποκτούν ιδιαίτερη βιοηθική σημασία στην τρίτη ηλικία.

Σκοπός: Η μελέτη διερευνά τις διαφορές στην ποιότητα ζωής και στην άσκηση θεμελιωδών δικαιωμάτων, όπως η αυτονομία, η αξιοπρέπεια και η κοινωνική συμμετοχή, καθώς και στις στάσεις απέναντι στην ευθανασία μεταξύ ηλικιωμένων με ΗΓΔ και γνωστικά υγιών συνομηλίκων, καθώς και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για ποσοτική, συγκριτική και διατομεακή μελέτη σε 40 άτομα άνω των 70 ετών (20 ΗΓΔ, 20 υγιείς). Χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία MoCA, WHOQOL-BREF, GDS-15, καθώς και κλίμακες θρησκευτικότητας και στάσεων απέναντι στην ευθανασία. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με SPSS.

Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στην ποιότητα ζωής, στη θρησκευτικότητα ή στις στάσεις απέναντι στην ευθανασία. Η ομάδα ΗΓΔ παρουσίασε σημαντικά υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Στην ΗΓΔ, η σωματική υγεία συσχετίστηκε έντονα με το περιβάλλον και η κατάθλιψη με μειωμένη λειτουργικότητα. Στους υγιείς ηλικιωμένους, η ποιότητα ζωής συνδέθηκε κυρίως με

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

εισόδημα, εκπαίδευση και κοινωνικές σχέσεις, ενώ η κατάθλιψη εμφάνισε αρνητικές συσχετίσεις με κοινωνική υποστήριξη και μορφωτικό επίπεδο.

Συμπεράσματα: Η ποιότητα ζωής και οι στάσεις απέναντι στην ευθανασία δεν διαφοροποιούνται μεταξύ των δύο ομάδων, παρά την αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση στην ΗΓΔ. Οι διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στους προσδιοριστικούς παράγοντες, με τους κοινωνικοοικονομικούς να υπερισχύουν στους υγιείς ηλικιωμένους και τη σωματική υγεία και λειτουργικότητα στην ΗΓΔ, αντανακλώντας διαφορές στην άσκηση δικαιωμάτων όπως η αυτονομία και η αξιοπρέπεια, ενώ η κατάθλιψη αποτελεί κοινό αρνητικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής και των δύο ομάδων.

Λέξεις κλειδιά: γήρας, ήπια γνωσιακή διαταραχή, ποιότητα ζωής, κατάθλιψη, ευθανασία.

ABSTRACT

Introduction: The demographic ageing of the population and the increasing prevalence of Mild Cognitive Impairment (MCI) pose significant challenges to healthcare systems, affecting quality of life and psychological well-being in older adults. MCI is an intermediate stage between normal ageing and dementia, characterised by heterogeneous clinical presentation and uncertain progression. At the same time, issues related to fundamental rights, such as autonomy, dignity, and equitable access to healthcare, as well as attitudes towards euthanasia, acquire particular bioethical significance in later life.

Aim: This study investigates differences in quality of life and fundamental rights, such as autonomy, dignity, and social participation, as well as attitudes towards euthanasia among older adults with Mild Cognitive Impairment (MCI) and cognitively healthy peers, and the factors influencing them.

Methods: This quantitative, comparative, cross-sectional study included 40 participants aged over 70 years (20 with MCI and 20 controls). Assessment tools included MMSE, MoCA, WHOQOL-BREF, GDS-15, and scales measuring religiosity and attitudes toward euthanasia. Statistical analysis was performed using SPSS.

Results: No significant differences were found between groups in quality of life, religiosity, or attitudes toward euthanasia. However, the MCI group showed higher depressive symptomatology. In MCI, physical health was strongly associated with environmental factors, while depression was linked to reduced functional ability. In controls, quality of life was mainly associated with income, education, and social relationships, whereas depression showed negative associations with social support and education.

Conclusions: Quality of life and attitudes towards euthanasia do not differ between the two groups, despite increased psychological burden in MCI. Differences are observed in determining factors, with socioeconomic determinants more prominent among healthy older adults and physical health and functional status in MCI, reflecting differences in the exercise of rights such as autonomy and dignity, while depression emerges as a common negative factor affecting quality of life in both groups.

Keywords: ageing, mild cognitive impairment, quality of life, depression, euthanasia.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	12
ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ.....	13
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	
1.1. ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	15
1.1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....	15
1.1.2. ΕΠΠΤΩΣΗ ΗΠΙΑΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	16
1.2. ΣΗΜΑΣΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	18
1.3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ.....	20
1.4. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ - ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ,,,,	21
1.5 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	22
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ</u>	
2.1. ΗΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	25
2.1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	25
2.1.2. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	27
2.1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	29
2.1.4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	29
2.1.5.ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	34
2.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	37
2.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	37
2.2.2. ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	40
2.2.3. ΜΕΤΡΗΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ	42
2.3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ.....	44
2.3.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	44

2.3.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....	45
2.3.3. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.....	46
2.4. ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	49
2.5. ΗΘΙΚΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ.....	50
2.5.1. ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ.....	50
2.5.2. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.....	53
2.5.3. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ.....	54
2.5.4. Η ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	57
2.5.5. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	59
2.5.6. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	62
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
3.1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	64
3.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	64
3.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	65
3.3.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ.....	65
3.3.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΒΑΘΜΟΥ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	66
3.3.3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	66
3.3.4. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	66
3.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	68
3.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	68
3.5.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	68
3.5.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	69
3.5.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	70
3.5.4. ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	70
3.5.5. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	71
3.6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	73

 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
--	---	---

3.7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ.....76

3.8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....77

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....79

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....80

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΤΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ
ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ MMSE ΚΑΙ MoCA.....32

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....69

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ - ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....70

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ - ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ.....71

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΟΜΑΔΑ Α. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....72

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΟΜΑΔΑ Β. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....73

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ

ΗΓΔ.	Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
QoL	Quality of Life, Ποιότητα Ζωής
ageism	Ηλικιακός ρατσισμός
MCI	Mild Cognitive Impairment
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
PET	Positron Emission Tomography, Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων.
ENY	Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό
FDG-PET	Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography, Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων με Φθοριοδεοξυγλυκόζη
MRI	Magnetic Resonance Imaging, Μαγνητική Τομογραφία
APOE	Απολιποπρωτεΐνη E
ICD-11	International Classification of Diseases, 11th Revision
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
LATE	Limbic-predominant Age-related TDP-43 Encephalopathy, Ηλικιακά σχετιζόμενη εγκεφαλοπάθεια με επικρατούσα προσβολή του μεταιχμιακού συστήματος από την πρωτεΐνη TDP-43.
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
QOL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease
RTE	Περιφερειακές Επιτροπές Ελέγχου Ευθανασίας

Mass Observation Project πρόγραμμα συλλογής γραπτών αφηγήσεων
πολιτών

PAD Physician-Assisted Death

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Γενικό Πλαίσιο

1.1.1. Δημογραφικά στοιχεία γήρανσης

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό φαινόμενο που παρατηρείται σε πολλές χώρες παγκοσμίως. Καθώς οι συνθήκες διαβίωσης και υγειονομικής περίθαλψης συνεχώς αναβαθμίζονται το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων στο γενικό πληθυσμό αυξάνεται σημαντικά. Το φαινόμενο αυτό έχει ευρείες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές επιπτώσεις που χρήζουν προσεκτικής μελέτης και ιδιαίτερης στρατηγικής αντιμετώπισης. Η γήρανση του πληθυσμού περιγράφει τη δημογραφική διαδικασία κατά την οποία αυξάνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων (≥ 65 ετών) στον πληθυσμό, σε σχέση με τις νεότερες ηλικιακές ομάδες (World Health Organization, 2025).

Ο όρος ηλικιωμένος συνήθως αναφέρεται σε άτομα άνω των 65 ετών, αλλά αυτοί οι ηλικιακοί ορισμοί μπορεί να διαφέρουν. Ορισμένες μελέτες διαιρούν τους ηλικιωμένους σε δύο κατηγορίες 'πρώιμους' μεταξύ 65-74 ετών και 'όψιμους' άνω των 75 ετών, αν και η διαφορά μεταξύ αυτών των δύο ομάδων δεν είναι απόλυτα σαφής (Arora et al., 2024).

Τα κυριότερα αίτια της γήρανσης του πληθυσμού είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η υπογεννητικότητα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε από 66, 5 έτη την δεκαετία του 1990 σε περίπου 73 έτη το 2020. Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών αναμένεται να διπλασιασθεί από 12% το 2015 στο 22% μέχρι το 2050, με την παγκόσμια πληθυσμιακή βάση των ηλικιωμένων να φθάνει τα 2.000.000.000 (World Health Organization, 2015). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, το ποσοστό των ηλικιωμένων ανέρχεται στο 22%, και η γήρανση αυτή συνδέεται με τη χαμηλή

γεννητικότητα και την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης (Ελληνική Στατιστική Αρχή, n.d.).

Η γήρανση του πληθυσμού επιφέρει πολύπλευρες επιπτώσεις. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής οδηγεί σε αύξηση των χρονίων νοσημάτων αλλά και παθήσεων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία γεγονός που οδηγεί σε αύξηση των απαιτήσεων για υγειονομική περίθαλψη. Η οικονομική επιβάρυνση που προκύπτει δημιουργεί κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και συνταξιοδότησης.

Η γήρανση του πληθυσμού καθιστά αναγκαία την προσαρμογή των συστημάτων υγείας και φροντίδας στις αυξανόμενες ανάγκες των ηλικιωμένων, με στόχο την προστασία και προαγωγή των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων, όπως η αυτονομία, η αξιοπρέπεια και η κοινωνική συμμετοχή.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ανάπτυξη δράσεων που προάγουν την πρόληψη, τη σωματική δραστηριότητα και την ενεργό γήρανση, ενώ παράλληλα απαιτείται η ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής των ηλικιωμένων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Επιπλέον, ιδιαίτερη σημασία έχει η στήριξη των οικογενειακών φροντιστών, ώστε να διευκολύνεται η παροχή ποιοτικής φροντίδας και να ενισχύεται η ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018· Johnson & Favreault, 2018).

1.1.2. Επίπτωση Ήπιας Γνωσιακής Διαταραχής (ΗΓΔ)

Η άνοια αποτελεί ένα προοδευτικό νευροεκφυλιστικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών επαρκούς βαρύτητας ώστε να επηρεάζει σημαντικά την αυτονομία και την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Η συχνότερη αιτία άνοιας παγκοσμίως είναι η νόσος Alzheimer, η οποία αντιπροσωπεύει το 50–70% των περιπτώσεων. Η παθοφυσιολογία της νόσου περιλαμβάνει την εναπόθεση β-αμυλοειδούς και τη συσσώρευση παθολογικής

πρωτεΐνης tau, διεργασίες που ξεκινούν δεκαετίες πριν από την κλινική εκδήλωση άνοιας (Safiri et al., 2024).

Η νόσος εξελίσσεται σταδιακά, συνήθως περνώντας από ένα μακρό προκλινικό στάδιο πριν εμφανιστούν τα κλινικά συμπτώματα. Η Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή (ΗΓΔ) αποτελεί ένα κρίσιμο μεταβατικό στάδιο στη φυσική ιστορία της νόσου Alzheimer. Αντιπροσωπεύει ένα ενδιάμεσο κλινικο-νευροψυχολογικό στάδιο μεταξύ της φυσιολογικής γνωστικής γήρανσης και της άνοιας, χωρίς όμως να συνεπάγεται αναγκαστικά προοδευτική επιδείνωση. Η ΗΓΔ εισήχθη ακριβώς για να περιγράψει αυτό το μεταβατικό στάδιο μεταξύ φυσιολογικής γήρανσης και άνοιας.

Η πρώτη συστηματική περιγραφή προκλινικής γνωστικής έκπτωσης έγινε το 1962 με τον όρο «καλοήθης γεροντική λησμονησία». Η έννοια αυτή αναφερόταν σε ήπια διαταραχή ανάκλησης μνήμης χωρίς λειτουργική ανικανότητα (Bradfield & Ames, 2020). Παρά τη σημαντική αύξηση των ερευνητικών δεδομένων τα τελευταία έτη, εξακολουθούν να υφίστανται ουσιώδη κενά γνώσης σχετικά με τη μακροπρόθεσμη πρόγνωση της ΗΓΔ. Τα αποτελέσματα μιας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης ανέδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με το ερευνητικό πλαίσιο. Στις κλινικές μελέτες, ο σωρευτικός κίνδυνος μετατροπής σε οποιαδήποτε μορφή άνοιας ανήλθε σε 41,5% (95% CI: 38,3%–44,7%), με ετήσιο ρυθμό μετατροπής 10,9%. Όσο αναφορά την πιθανότητα επαναφοράς σε φυσιολογική γνωστική λειτουργία, στα πληθυσμιακά δείγματα, η πιθανότητα αυτή ήταν τριπλάσια σε σύγκριση με τα κλινικά, ενώ η γνωστική σταθερότητα παρέμεινε περίπου στο 50% και στα δύο πλαίσια (Salemme et al., 2025).

Πληθυσμιακές μελέτες έδειξαν ότι ο επιπολασμός της ΗΓΔ σε άτομα >65 ετών είναι 15–22%, με ετήσια επίπτωση περίπου 6%. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε άνδρες, άτομα χαμηλής εκπαίδευσης και φορείς APOE-ε4. Η ετερογένεια των ποσοστών στην βιβλιογραφία σχετίζεται με διαφοροποιήσεις στα διαγνωστικά κριτήρια. Ο ετήσιος κίνδυνος εμφάνισης άνοιας στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται σε 1–2%, ενώ στα άτομα με ΗΓΔ η ετήσια μετατροπή ανέρχεται σε 10–15% (αμνησιακή μορφή). Παρά ταύτα,

έως και 60% των ατόμων με ΗΓΔ δεν θα εκδηλώσουν άνοια εντός δεκαετίας (Bradfield & Ames, 2020).

Η μακρά προκλινική φάση που χαρακτηρίζει την άνοια δημιουργεί ένα κρίσιμο «θεραπευτικό παράθυρο», στο οποίο η έγκαιρη αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου θα μπορούσε να επιτρέψει προληπτικές ή τροποποιητικές παρεμβάσεις.

1.2. Σημασία της ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία

Τις τελευταία δεκαετίες παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έννοια της «Ποιότητας Ζωής» (Quality of Life, QoL), όχι μόνο στον ιατρικό τομέα, αλλά και σε άλλους τομείς, όπως η κοινωνιολογία, η ψυχολογία, η οικονομία, η φιλοσοφία, η αρχιτεκτονική, η δημοσιογραφία, η πολιτική, το περιβάλλον, ο αθλητισμός, η αναψυχή και η διαφήμιση. Παρ' όλα αυτά, η έννοια της Ποιότητας Ζωής αποδεικνύεται αμφίσημη και δυσπρόσιτη – ένας ακριβής, σαφής και κοινά αποδεκτός ορισμός φαίνεται να απέχει πολύ από το να επιτευχθεί.

Η αύξηση των ποσοστών επιβίωσης έχει μετατοπίσει το επίκεντρο του ενδιαφέροντος από τη διάρκεια ζωής (μακροζωία) στην ποιότητα ζωής, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις διαστάσεις της. Η έννοια της υγείας έχει εξελιχθεί σημαντικά, μεταβαίνοντας από τις παραδοσιακές αρνητικές μετρήσεις, γνωστές ως «πέντε D» — θάνατος (death), ασθένεια (disease), αναπηρία (disability), δυσφορία (discomfort) και δυσαρέσκεια (dissatisfaction) — προς την αξιολόγηση πιο θετικών πτυχών και χαρακτηριστικών (Pais Ribeiro, 2004).

Η πολυδιάστατη έννοια της Ποιότητας Ζωής (QoL) περιλαμβάνει τρεις βασικούς τομείς: τον ψυχολογικό, τον λειτουργικό και τον υπαρξιακό. Όλοι αυτοί αξιολογούνται παράλληλα με την κατάσταση υγείας, προκειμένου να επιτευχθεί μια ολοκληρωμένη κατανόηση της QoL των ηλικιωμένων. Η λειτουργική διάσταση συνδέεται άμεσα με την κατάσταση υγείας και αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, ενώ οι ψυχολογικές και υπαρξιακές πτυχές

εμπλουτίζουν τον ορισμό της και αξίζει να αξιολογούνται ανεξάρτητα (Barcaccia et al., 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ποιότητα ζωής αφορά : 'αντιλήψεις των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο των πολιτιστικών και αξιακών συστημάτων στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους. Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει με πολύπλοκο τρόπο την σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τις σχέσεις τους με το περιβάλλον' (World Health Organization, n.d., (Kaplan & Bush, 1982). Η αξιολόγηση της ποιότητα ζωής (Quality of Life – QoL) στην τρίτη ηλικία περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σημαντικά από ψυχολογικούς παράγοντες, με την κατάθλιψη να λειτουργεί ως ο ισχυρότερος αρνητικός προγνωστικός δείκτης και τον σκοπό ζωής ως τον ισχυρότερο θετικό παράγοντα.

Στην τρίτη ηλικία, η ποιότητα ζωής σχετίζεται όχι μόνο με τα χρόνια ζωής, αλλά και με το πώς βιώνει το άτομο την καθημερινότητά του. Η κατάθλιψη και το άγχος εμφανίζονται συχνά στους ηλικιωμένους και μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τόσο τη συναισθηματική τους κατάσταση όσο και τη συνολική τους λειτουργικότητα, οδηγώντας σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Blazer, 2003). Από την άλλη πλευρά, η αίσθηση σκοπού, το προσωπικό νόημα και η ψυχική ισορροπία συμβάλλουν στην ευδαιμονία και ενισχύουν το αίσθημα ικανοποίησης και πληρότητας στη ζωή των ηλικιωμένων (Lopez et al., 2024).

Για τον λόγο αυτό, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με ΗΓΔ παρουσιάζει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, καθώς μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας της νόσου και των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

1.3. Η έννοια της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας

Η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (1948) αναφέρει ότι όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι ως προς την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματά τους (United Nations, 1948). Η αξιοπρέπεια αποτελεί βασικό στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης και δεν περιορίζεται μόνο στην έμφυτη αξία του ατόμου, αλλά συνδέεται και με τον τρόπο που αντιμετωπίζεται μέσα στην κοινωνία. Ο σεβασμός, η αναγνώριση και η δυνατότητα συμμετοχής στην κοινωνική ζωή ενισχύουν το αίσθημα αξιοπρέπειας, ενώ η έλλειψη αυτών μπορεί να το επηρεάσει αρνητικά. Η εμπειρία της αξιοπρέπειας δεν ταυτίζεται απλώς με την απουσία κακομεταχείρισης· προϋποθέτει ενεργή αναγνώριση του προσώπου ως φορέα ιστορίας, ταυτότητας και κοινωνικής αξίας (Banerjee et al., 2021).

Στην τρίτη ηλικία, οι έννοιες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς η σωματική και γνωστική έκπτωση μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις και να διατηρεί την ανεξαρτησία του. Η απώλεια λειτουργικότητας, η εξάρτηση από άλλους και ο κοινωνικός αποκλεισμός ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την εμπειρία αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων ατόμων.

Για δεκαετίες, η έρευνα έχει δείξει ότι ο ηλικιακός ρατσισμός (ageism) και τα στερεότυπα σχετικά με τη γήρανση υπονομεύουν την ψυχική και σωματική υγεία των ηλικιωμένων, υποδηλώνοντας ότι είναι λιγότερο ικανοί και λιγότερο άξιοι φροντίδας. Η διατήρηση της αξιοπρέπειας και της αυτονομίας, όταν το άτομο αντιμετωπίζει μειωμένη ικανότητα αυτόνομης λήψης αποφάσεων λόγω σωματικής ή γνωστικής αναπηρίας, είναι δύσκολη και μπορεί να δημιουργήσει προσωπικά και ηθικά διλήμματα τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς (Theis et al., 2024).

Η αξιοπρέπεια για τους ηλικιωμένους δεν συνιστά αφηρημένη έννοια, αλλά εμπειρία που διαμορφώνεται στην καθημερινότητα, στις σχέσεις και στους θεσμικούς μηχανισμούς φροντίδας. Η έννοια της αξιοπρέπειας, όπως βιώνεται από τους

ηλικιωμένους, περιλαμβάνει τέσσερις βασικούς πυλώνες: την ορατότητα, δηλαδή να γίνονται αντιληπτοί και να μην περιθωριοποιούνται, την αναγνώριση δηλαδή να αντιμετωπίζονται ως πρόσωπα με ιστορία και αξία, τη συμμετοχή που σημαίνει να έχουν λόγο στις αποφάσεις που τους αφορούν και τον σεβασμό της ευαλωτότητας δηλαδή να λαμβάνουν φροντίδα χωρίς στιγματισμό (Banerjee et al., 2021).

1.4. Ηθικά ζητήματα στο τέλος ζωής –ευθανασία

Η συζήτηση γύρω από την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι μόνο νομική, αλλά βαθιά φιλοσοφική και βιοηθική. Στον πυρήνα της συζήτησης βρίσκονται θεμελιώδεις έννοιες, όπως η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η αυτονομία του ασθενούς, το δικαίωμα στον αυτοκαθορισμό, αλλά και η κρατική υποχρέωση προστασίας της ζωής.

Το βασικό επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας στηρίζεται στην αρχή της αυτονομίας. Σύμφωνα με αυτή, κάθε ικανό προς δικαιοπραξία άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για το σώμα και τη ζωή του, ακόμη και στο τέλος αυτής. Η αυτονομία συνδέεται άμεσα με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τον αυτοκαθορισμό. Από την άλλη πλευρά, η παραδοσιακή ιατρική δεοντολογία, επηρεασμένη από τον Ιπποκρατικό όρκο και τις θρησκευτικές αντιλήψεις, αντιμετωπίζει τη ζωή ως ύψιστη αξία που δεν εξαρτάται από την ποιότητά της (Battin et al., 2007).

Η νομική ρύθμιση της ευθανασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσιάζει έντονη πολυμορφία και βρίσκεται σε συνεχή εξέλιξη. Ένας περιορισμένος αριθμός κρατών έχει θεσπίσει αυστηρά κανονιστικά πλαίσια που επιτρέπουν, υπό συγκεκριμένες εγγυήσεις, την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ενώ η πλειονότητα είτε διατηρεί απαγορευτική στάση είτε βρίσκεται ακόμη σε στάδιο θεσμικού διαλόγου (European Parliamentary Research Service, 2025).

Η ευθανασία σε άτομα με άνοια αποτελεί μία από τις πλέον απαιτητικές δοκιμασίες για τη σύγχρονη βιοηθική και το ιατρικό δίκαιο. Σε αντίθεση με άλλες περιπτώσεις τελικού σταδίου σωματικής νόσου, η άνοια χαρακτηρίζεται από προοδευτική

απώλεια μνήμης, κρίσης και προσωπικής ταυτότητας. Αυτό έχει ως συνέπεια ο ασθενής να μην είναι σε θέση, στα προχωρημένα στάδια, να εκφράσει σαφή και τεκμηριωμένη βούληση σχετικά με τον τερματισμό της ζωής του. Ένα από τα βασικά ευρήματα αφορά τη δυσκολία τεκμηρίωσης του εθελούσιου χαρακτήρα του αιτήματος. Σε πολλές περιπτώσεις, οι ασθενείς βρίσκονταν ήδη σε στάδιο σημαντικής γνωστικής έκπτωσης, με αποτέλεσμα η επικοινωνία να είναι περιορισμένη.

Οι ασθενείς με άνοια δεν πάσχουν από αφόρητα σωματικά συμπτώματα. Αντίθετα, οι προβληματισμοί προκύπτουν από την απώλεια της ανεξαρτησίας, την εξάρτηση από τρίτους για βασικές λειτουργίες, τον φόβο εισαγωγής σε ίδρυμα φροντίδας, και από την απώλεια ταυτότητας και νοήματος ζωής. Αυτό δημιουργεί ηθικές δυσκολίες, καθώς η αξιολόγηση της απόφασης βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε ερμηνεία της προηγούμενης προσωπικότητας και αξιών του ασθενούς. Πολλοί ασθενείς ζητούσαν ευθανασία όχι λόγω έντονης παρούσας οδύνης, αλλά από φόβο για τη μελλοντική εξέλιξη της νόσου. Η αυτονομία, αν και παραμένει κεντρική αξία και δικαίωμα, καθίσταται εύθραυστη όταν η ταυτότητα και η ικανότητα λήψης αποφάσεων μεταβάλλονται (Groenewoud et al., 2022).

1.5 Σκοπός της μελέτης

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η ποιότητα ζωής προσεγγίζεται ως μια πολυδιάστατη έννοια που δεν περιορίζεται στη σωματική υγεία, αλλά συνδέεται στενά με θεμελιώδεις πτυχές της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως η αυτονομία, η αξιοπρέπεια, η κοινωνική συμμετοχή και η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι διαστάσεις αυτές, αν και δεν μετρώνται ως ανεξάρτητη κατηγορία δικαιωμάτων, αποτυπώνονται έμμεσα μέσω των εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται στην παρούσα έρευνα. Υπό αυτό το πρίσμα, η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πεδίο όπου αντανακλώνται οι δυνατότητες άσκησης και εμπειρίας θεμελιωδών δικαιωμάτων, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς τρίτης ηλικίας με Ήπια Νοητική Διαταραχή.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση και σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ ατόμων τρίτης ηλικίας με Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή (ΗΓΔ) και γνωστικά υγιών συνομηλίκων τους, καθώς και η ανάδειξη του ρόλου που διαδραματίζουν τα θεμελιώδη δικαιώματα που συνδέονται με την έννοια της ποιότητας ζωής, όπως η αυτονομία, η αξιοπρέπεια, η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική συμμετοχή και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.

Παράλληλα, επιδιώκεται η αποτύπωση και σύγκριση των στάσεων των δύο ομάδων απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας, μέσα από το πρίσμα της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας, των δικαιωμάτων στο τέλος της ζωής, της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής και των κοινωνικών παροχών.

Ειδικότερα, η μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στις επιμέρους διαστάσεις της (σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και περιβαλλοντική), καθώς και στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι διαστάσεις αυτές συνδέονται με το πώς τα άτομα βιώνουν στην πράξη ζητήματα που αφορούν τα δικαιώματα και την καθημερινή τους λειτουργικότητα.

Επιπλέον, εξετάζονται οι στάσεις απέναντι στην ευθανασία, οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς και η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής, την εμπειρία των σχετικών δικαιωμάτων και τις απόψεις για ζητήματα τέλους ζωής.

Η μελέτη φιλοδοξεί να συμβάλει σε μια βαθύτερη κατανόηση της εμπειρίας των ατόμων με Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή και να αναδείξει τις βιοηθικές, κοινωνικές και ανθρωποκεντρικές διαστάσεις που συνοδεύουν την ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα όσο αναφορά την Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή (ΗΓΔ), εστιάζουν κυρίως σε ζητήματα πρόγνωσης, νευροβιολογικών δεικτών και κινδύνου εξέλιξης σε άνοια, ενώ λιγότερη έμφαση δίνεται στη βιοματική διάσταση της κατάστασης και ειδικότερα στην υποκειμενική ποιότητα ζωής των ατόμων που τη βιώνουν. Αν και υπάρχουν μελέτες που εξετάζουν την ποιότητα ζωής σε πληθυσμούς με άνοια, τα δεδομένα για τα άτομα με ΗΓΔ παραμένουν περιορισμένα και συχνά ετερογενή, τόσο ως προς τα εργαλεία μέτρησης όσο και ως προς τα μεθοδολογικά

χαρακτηριστικά των ερευνών. Επιπλέον, οι περισσότερες μελέτες αξιολογούν την ποιότητα ζωής χωρίς συστηματική σύγκριση με γνωστικά υγιή άτομα της ίδιας ηλικιακής ομάδας, γεγονός που δυσχεραίνει την αποσαφήνιση του βαθμού στον οποίο οι παρατηρούμενες διαφοροποιήσεις αποδίδονται στη γνωστική έκπτωση ή σε άλλους δημογραφικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Παράλληλα, στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται σαφής έλλειψη ερευνητικών δεδομένων που να συνδέουν τα δικαιώματα ατόμων με ΗΓΔ με τις στάσεις τους απέναντι σε ζητήματα τέλους ζωής, όπως η ευθανασία. Το ζήτημα αυτό έχει μελετηθεί κυρίως σε πληθυσμούς με τελικού σταδίου νόσο, σοβαρή άνοια ή καρκίνο, ενώ οι στάσεις ατόμων με ήπια γνωστική έκπτωση παραμένουν ελάχιστα διερευνημένες. Σε εθνικό επίπεδο, η έλλειψη εμπειρικών δεδομένων είναι ακόμη πιο εμφανής, καθώς οι σχετικές έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό είναι περιορισμένες και εστιάζουν κυρίως σε θεωρητικές ή νομικές προσεγγίσεις της ευθανασίας, χωρίς σύνδεση με την υποκειμενική ποιότητα ζωής ή τη γνωστική κατάσταση των συμμετεχόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1. Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ)

2.1.1. Ορισμός

Η Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή (ΗΓΔ) αποτελεί κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, χωρίς όμως σημαντική διαταραχή της λειτουργικής ανεξαρτησίας. Η ΗΓΔ αναγνωρίζεται ως ενδιάμεσο στάδιο μεταξύ φυσιολογικής γήρανσης και άνοιας ιδιαίτερα όταν κυριαρχούν διαταραχές μνήμης, καθώς ο αμνησικός υπότυπος, σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εξέλιξης σε νόσο Alzheimer's (Gauthier et al., 2006).

Το ενδιαφέρον για την διάκριση μεταξύ φυσιολογικής γήρανσης και παθολογικής γνωστικής έκπτωσης εμφανίστηκε ήδη από τον 19ο αιώνα, όταν άρχισε να διαμορφώνεται το ενδιαφέρον για την κατανόηση των γνωστικών μεταβολών που συνοδεύουν τη γήρανση. Ο Prichard (1837) ήταν από τους πρώτους που περιέγραψαν κλινικές εκδηλώσεις συμβατές με πρώιμα στάδια άνοιας, δίνοντας έμφαση στην έκπτωση της πρόσφατης μνήμης. Αργότερα ο Kral (1962) εισήγαγε τον όρο «καλοήθης γεροντική λησμονησία», προκειμένου να περιγράψει μια ήπια διαταραχή της μνήμης που εμφανίζεται σε ορισμένους ηλικιωμένους χωρίς σοβαρή στη λειτουργική έκπτωση. Με τη διάκριση αυτή επιχείρησε να διαφοροποιήσει τις φυσιολογικές μεταβολές της μνήμης που σχετίζονται με τη γήρανση από τις κακοήθεις μορφές γνωστικής έκπτωσης που οδηγούν σε άνοια. Η προσέγγιση αυτή αποτέλεσε ένα από τα πρώτα βήματα προς τη διαμόρφωση της σύγχρονης έννοιας της Ήπιας Γνωσιακής Διαταραχής (Mild Cognitive Impairment – MCI), αν και η απουσία σαφών διαγνωστικών κριτηρίων περιόριζε αρχικά τη διαγνωστική της αξιοπιστία.

Στη συνέχεια το 1986 εισήχθη ο όρος “Age-Associated Memory Impairment” (AAMI), σύμφωνα με την οποία αν η απόδοση ενός ατόμου βρισκόταν μία τυπική απόκλιση κάτω από τον μέσο όρο νεαρών ενηλίκων, θεωρείτο ως γνωστική έκπτωση

(Crook et al., 1986). Ωστόσο, η άποψη αυτή δέχθηκε κριτική, επειδή δεν λάμβανε επαρκώς υπόψη τις φυσιολογικές μεταβολές της μνήμης που συνοδεύουν τη γήρανση. Για τον λόγο αυτό, οι μεταγενέστερες προσεγγίσεις βασίστηκαν σε συγκρίσεις με άτομα αντίστοιχης ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου, ώστε η αξιολόγηση να αντανακλά πιο ρεαλιστικά τη γνωστική λειτουργία των ηλικιωμένων.

Σημαντικό σημείο στην εξέλιξη της έννοιας της ΗΓΔ αποτέλεσαν τα κριτήρια του Petersen, τα οποία περιλάμβαναν τέσσερα βασικά στοιχεία: υποκειμενικό παράπονο μνήμης, αντικειμενική διαταραχή μνήμης, διατηρούμενη καθημερινή λειτουργικότητα και απουσία άνοιας. Αρχικά, τα κριτήρια αυτά εστίαζαν κυρίως στην αμνηστική μορφή της διαταραχής (Petersen et al., 1999).

Αργότερα, το 2004, η Διεθνής Ομάδα Εργασίας εισήγαγε τα διευρυμένα κριτήρια Winblad, τα οποία καθιέρωσαν υποτύπους της ΗΓΔ: αμνηστική μονότομη, αμνηστική πολυτομεακή, μη αμνηστική μονότομη και μη αμνηστική πολυτομεακή. Η ταξινόμηση αυτή χρησιμοποιείται ευρέως μέχρι σήμερα, καθώς αντανακλά καλύτερα την κλινική ετερογένεια της διαταραχής (Petersen, 2004).

Η διαγνωστική προσέγγιση εξελίχθηκε περαιτέρω με την έκδοση του DSM-5, όπου ο όρος «άνοια» αντικαταστάθηκε από τον όρο «μείζων νευρογνωστική διαταραχή», ενώ παράλληλα εισήχθη η «ήπια νευρογνωστική διαταραχή».

Η ήπια νευρογνωστική διαταραχή παρουσιάζει σημαντική εννοιολογική επικάλυψη με την ελαφριά γνωστική έκπτωση (ΗΓΔ). Ωστόσο, το DSM-5 δεν ορίζει αυστηρά αριθμητικά όρια, αλλά προτείνει ότι η έκπτωση κυμαίνεται περίπου 1–2 τυπικές αποκλίσεις (Bradfield & Ames, 2020).

Η σημαντικότερη σύγχρονη εξέλιξη στη διαγνωστική προσέγγιση της μείζονος νευρογνωστικής διαταραχής είναι η ενσωμάτωση βιοδεικτών. Τα κριτήρια NIA-AA (National Institute on Aging – Alzheimer's Association) περιλαμβάνουν συγκεκριμένους δείκτες που σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer. Οι δείκτες αυτοί περιλαμβάνουν δείκτες αμυλοειδούς (PET, ENY Aβ42) και δείκτες νευρωνικής βλάβης (tau, FDG-PET, MRI). Η χρήση αυτών των βιοδεικτών επιτρέπει μια πιο

αντικειμενική και πρόωπη διάγνωση, υποστηρίζοντας την αξιολόγηση τόσο της ήπιας όσο και της μείζονος νευρογνωστικής διαταραχής και βελτιώνοντας τη στόχευση θεραπευτικών παρεμβάσεων (Albert et al., 2011). Η χρήση αυτών των δεικτών υποστηρίζει την αντίληψη ότι η ΗΓΔ δεν αποτελεί μόνο κλινική οντότητα αλλά και πιθανό βιολογικό προδρομικό στάδιο της νόσου Alzheimer (Bradfield & Ames, 2020).

2.1.2. Παθοφυσιολογία

Η ΗΓΔ έχει πολυπαραγοντικά αίτια, τα οποία μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- Νευροεκφυλιστικοί μηχανισμοί
 - Εναπόθεση β-αμυλοειδούς στον ιππόκαμπο και στον ενδορινικό φλοιό
 - Σχηματισμός νευροϊνιδιακών δεματίων (tau)
 - Ατροφία του έσω κροταφικού λοβού
 - Υπομεταβολισμός σε FDG-PET, που αντικατοπτρίζει τη μειωμένη νευρωνική δραστηριότητα στις προσβεβλημένες περιοχές.
- Γενετικοί παράγοντες
 - Το αλληλόμορφο ε4 της APOE αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο μετατροπής σε νόσο Alzheimer
- Αγγειακή συμβολή
 - Λευκοεγκεφαλοπάθεια
 - Μικροαγγειακά έμφρακτα
 - Υπέρταση
 - Διαβήτης
- Νευροχημικές μεταβολές
 - Δυσλειτουργία του χολινεργικού συστήματος
 - Αντιροπιστική αύξηση δραστηριότητας της χολινεστεράσης στα πρώιμα στάδια

Συνολικά, η αλληλεπίδραση αυτών των μηχανισμών —νευροεκφυλιστικών, γενετικών, αγγειακών και νευροχημικών— καθορίζει την πορεία και τη σοβαρότητα της ΗΝΔ (Gauthier et al., 2006).

Η ΗΓΔ παρουσιάζει διάφορους υποτύπους και κλινική ετερογένεια και ταξινομείται σε:

α) Αμνησικός τύπος

- Μονοτομεακός (μόνο μνήμη)
- Πολυτομεακός (μνήμη και άλλοι τομείς)

Συχνά αποτελεί πρόδρομο της Alzheimer's disease.

β) Μη αμνησικός τύπος

Επηρεάζονται λειτουργίες όπως, εκτελεστικές λειτουργίες, γλώσσα, οπτικοχωρικές δεξιότητες.

Η ΗΓΔ μπορεί να προηγείται της εμφάνισης διαφόρων μορφών άνοιας, όπως η μετωποκροταφική άνοια (frontotemporal dementia), η άνοια με σωματίδια Lewy (dementia with Lewy bodies) και η αγγειακή άνοια. Η αναγνώριση αυτών των προδρομικών σταδίων είναι κρίσιμη για την πρόωπη διάγνωση και την κατάλληλη παρακολούθηση των ασθενών. Η ετερογένεια της ήπιας γνωστικής διαταραχής (ΗΓΔ) αντικατοπτρίζει την παρουσία διαφορετικών παθοφυσιολογικών μηχανισμών, υποδεικνύοντας ότι η διαταραχή δεν αποτελεί μια ενιαία οντότητα, αλλά ένα σύνθετο φάσμα γνωστικών ανωμαλιών με ποικίλες αιτιολογίες και εξελικτικές πορείες (Gauthier et al., 2006).

Μια συστηματική ανασκόπηση 15 μελετών κατέδειξε ότι η αμνηστική μορφή της ΗΓΔ συνδέεται σταθερά με υψηλότερο κίνδυνο εξέλιξης σε άνοια τύπου Alzheimer σε σύγκριση με τη μη αμνηστική μορφή. Επιπλέον οι περισσότερες μελέτες ανέδειξαν ότι η πολυτομεακή αμνηστική μορφή παρουσιάζει μεγαλύτερη προγνωστική ακρίβεια σε σχέση με τη μονότομη μορφή, γεγονός που υποδηλώνει ότι η συμμετοχή πολλαπλών γνωστικών τομέων πιθανώς αντανακλά εκτενέστερη

νευροεκφυλιστική παθολογία. Παρ' όλα αυτά, οι μελέτες παρουσιάζουν σημαντική ετερογένεια ως προς τα διαγνωστικά κριτήρια και τις ψυχομετρικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται (Bradfield & Ames, 2020).

2.1.3. Επιδημιολογία

Οι επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η ΗΝΔ αποτελεί συχνή κατάσταση στον ηλικιωμένο πληθυσμό, με σημαντική μεταβλητότητα ως προς τη συχνότητα εμφάνισης και την πορεία της. Σύμφωνα με πληθυσμιακές έρευνες, ο επιπολασμός της ΗΝΔ σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κυμαίνεται μεταξύ 3% και 19%, ενώ η ετήσια επίπτωση εκτιμάται μεταξύ 8 και 58 νέων περιπτώσεων ανά 1000 άτομα. Επιπλέον, σε εξειδικευμένα ιατρεία μνήμης το ποσοστό εξέλιξης της ΗΓΔ σε άνοια υπολογίζεται περίπου στο 10–18% ετησίως. Παράλληλα, ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι έως και το 40% των ατόμων με ΗΓΔ μπορεί να επανέλθει σε φυσιολογική γνωστική λειτουργία κατά την παρακολούθηση, γεγονός που υποδηλώνει τη δυναμική και ενίοτε αναστρέψιμη φύση της διαταραχής (Gauthier et al., 2006).

Άλλες μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες έχουν αναφέρει επιπολασμό της ΗΓΔ μεταξύ 15% και 22% σε άτομα άνω των 65 ετών και ετήσια επίπτωση περίπου 6%, επισημαίνοντας παράλληλα αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής σε άνδρες, σε άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και σε φορείς του αλληλόμορφου ε4 του γονιδίου APOE. Η σημαντική διαφοροποίηση που παρατηρείται μεταξύ των επιδημιολογικών εκτιμήσεων αποδίδεται κυρίως στις διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια, στην ετερογένεια των πληθυσμών που μελετώνται, καθώς και στην παρουσία συνυπαρχόντων παραγόντων κινδύνου που επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία (Bradfield & Ames, 2020).

2.1.4. Διαγνωστικά κριτήρια

Η διάγνωση της ΗΓΔ βασίζεται σε διεθνώς αναγνωρισμένα διαγνωστικά συστήματα, και σε συνδυασμό κλινικής, νευροψυχολογικής και λειτουργικής αξιολόγησης. Τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα κριτήρια είναι εκείνα του National Institute on Aging–

Alzheimer's Association (NIA-AA) (Albert et al., 2011), του DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) και του ICD-11 (World Health Organization, 2019/2021). Παράλληλα, έχουν προταθεί εξειδικευμένα νευροψυχολογικά μοντέλα που στοχεύουν στην ακριβέστερη ποσοτικοποίηση της γνωστικής έκπτωσης και στη βελτίωση της διαγνωστικής αξιοπιστίας (Jak et al., 2009).

Η διάγνωση της ΗΓΔ απαιτεί: (1) αντικειμενική τεκμηρίωση έκπτωσης μέσω τυποποιημένων δοκιμασιών σε σύγκριση με πληθυσμιακούς κανόνες, (2) διατήρηση λειτουργικής αυτονομίας, και (3) απουσία διάγνωσης άνοιας, χωρίς να βασίζεται αποκλειστικά σε ένα σύντομο εργαλείο διαλογής.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η αντικειμενική γνωστική έκπτωση ορίζεται ως επίδοση περίπου 1 έως 1,5 τυπική απόκλιση κάτω από τον μέσο όρο ατόμων αντίστοιχης ηλικίας και εκπαίδευσης. Η αξιολόγηση αφορά έναν ή περισσότερους γνωστικούς τομείς, όπως η μνήμη, η προσοχή, οι εκτελεστικές λειτουργίες, η γλώσσα και οι οπτικοχωρικές ικανότητες. Για τη διάγνωση απαιτείται αφενός υποκειμενική αναφορά γνωστικής επιδείνωσης από τον ίδιο τον ασθενή ή από οικείο πρόσωπο και αφετέρου αντικειμενική τεκμηρίωση της έκπτωσης μέσω τυποποιημένων νευροψυχολογικών δοκιμασιών. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να μην πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια άνοιας (Gauthier et al., 2006).

Στο DSM-5 χρησιμοποιείται ο όρος «Ηπια Νευρογνωστική Διαταραχή», ο οποίος παρουσιάζει σημαντική εννοιολογική επικάλυψη με την ΗΓΔ. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει έξι βασικούς γνωστικούς τομείς: σύνθετη προσοχή, εκτελεστικές λειτουργίες, μάθηση και μνήμη, γλώσσα, αντιληπτικοκινητικές δεξιότητες και κοινωνική νόηση (Sachdev et al., 2014, Hessen, 2025). Σε αντίθεση με τη μείζονα νευρογνωστική διαταραχή, στην ΗΓΔ οι δυσκολίες δεν οδηγούν σε πλήρη εξάρτηση του ατόμου στις καθημερινές δραστηριότητες, αν και ενδέχεται να απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια ή χρήση αντισταθμιστικών στρατηγικών στην καθημερινότητα.

Η νευροψυχολογική αξιολόγηση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για τη διάγνωση της ΗΓΔ, καθώς επιτρέπει την αναλυτική διερεύνηση των γνωστικών λειτουργιών και τη διαφοροποίηση της παθολογικής γνωστικής έκπτωσης από τις φυσιολογικές μεταβολές της γήρανσης. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην κλινική πράξη χρησιμοποιούνται συχνά σύντομα εργαλεία διαλογής, όπως το Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975) και το Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005). Παρότι οι δοκιμασίες αυτές παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες, δεν επαρκούν από μόνες τους για πλήρη διαγνωστική τεκμηρίωση και συνήθως απαιτείται εκτενέστερη νευροψυχολογική διερεύνηση όπως δοκιμασίες λεκτικής και οπτικής μνήμης, μέτρα ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών, εκτελεστικές και γλωσσικές δοκιμασίες, καθώς και εκτίμηση οπτικοχωρικής αντίληψης, με χρήση πολιτισμικά προσαρμοσμένων και σταθμισμένων εργαλείων (Hessen, 2025). (Hessen, 2025).

Το MMSE αποτελεί μία από τις πιο γνωστές δοκιμασίες γνωστικής ανίχνευσης και αξιολογεί λειτουργίες όπως ο προσανατολισμός, η άμεση και βραχεία μνήμη, η προσοχή, οι υπολογισμοί, η γλώσσα και η οπτικοκατασκευαστική ικανότητα (Folstein et al., 1975). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 30 μονάδες. Άτομα με ΗΝΔ συχνά εμφανίζουν σχετικά υψηλές βαθμολογίες, συνήθως μεταξύ 24 και 27 μονάδων, γεγονός που περιορίζει την ευαισθησία του εργαλείου στην ανίχνευση ήπιων γνωστικών διαταραχών. Το φαινόμενο αυτό έχει αποδοθεί στο λεγόμενο ceiling effect, δηλαδή στην τάση ατόμων υψηλής λειτουργικότητας να επιτυγχάνουν σχεδόν μέγιστες βαθμολογίες παρά την ύπαρξη πρώιμης γνωστικής έκπτωσης.

Αντίθετα, το MoCA θεωρείται περισσότερο ευαίσθητο στην ανίχνευση πρώιμων διαταραχών μνήμης και εκτελεστικών λειτουργιών. Περιλαμβάνει αξιολόγηση πολλών γνωστικών τομέων, όπως η αφαιρετική σκέψη, οι εκτελεστικές λειτουργίες, η οπτικοχωρική αντίληψη, η ονομασία, η προσοχή, η γλώσσα, η καθυστερημένη ανάκληση και ο προσανατολισμός (Nasreddine et al., 2005). Και σε αυτή τη

δοκιμασία η μέγιστη βαθμολογία είναι 30 μονάδες, με σκορ κάτω από 26 να θεωρούνται ενδεικτικά πιθανής γνωστικής έκπτωσης. Σε ασθενείς με ΗΓΔ οι βαθμολογίες κυμαίνονται συχνά μεταξύ 18 και 25 μονάδων, με μέσες τιμές περίπου 22–24. Το MoCA υπερέχει σε ευαισθησία στην ανίχνευση πρώιμων μνημονικών και εκτελεστικών ελλειμμάτων, ενώ το MMSE παραμένει χρήσιμο για γενική εκτίμηση και παρακολούθηση μέτριας–σοβαρής άνοιας. Η επιλογή μεταξύ των δύο τεστ εξαρτάται από το κλινικό ερώτημα, τη διαθεσιμότητα χρόνου και το επίπεδο εξειδίκευσης του αξιολογητή, με το MoCA να προτιμάται για πρώιμη ανίχνευση και το MMSE για γενική γνωστική επισκόπηση (Hessen, 2025, Gauthier et al., 2006). Το MoCA είναι πιο ευαίσθητο στην πρώιμη ανίχνευση ενώ MMSE μπορεί να μην εντοπίσει ήπια έκπτωση (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΤΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ MMSE ΚΑΙ MoCA

Τεστ	Συνολική Βαθμολογία	Υποτομείς & Μονάδες	Σκορ σε ΗΓΔ	Ερμηνεία
Mini-Mental State Examination (MMSE)	0–30	Προσανατολισμός: 10	24–27	27–30: φυσιολογικό
		Μνήμη (καταγραφή/ανάκληση λέξεων): 6		24–26: πιθανή ήπια έκπτωση
		Προσοχή/υπολογισμοί: 5		18–23: μέτρια έκπτωση
		Οπτικοκατασκευαστική ικανότητα: 1		<18: σοβαρή έκπτωση
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	0–30	Εκτελεστικές λειτουργίες & αφαιρετική σκέψη	18–25 (μέση τιμή 22–24)	26–30: φυσιολογικό
		Οπτικοχωρική ικανότητα		18–25: ήπια έκπτωση
		Ονομασία		10–17: μέτρια έκπτωση
		Μνήμη (καθυστερημένη ανάκληση)		<10: σοβαρή έκπτωση
		Προσοχή		
		Γλώσσα		
		Αφαίρεση		
		Προσανατολισμός		

Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ ΗΓΔ και άνοιας βασίζεται κυρίως στον βαθμό λειτουργικής επιβάρυνσης. Στην ΗΓΔ, οι ασθενείς εξακολουθούν να διατηρούν σε μεγάλο βαθμό την αυτονομία τους, παρότι μπορεί να εμφανίζουν δυσκολίες σε απαιτητικές δραστηριότητες της καθημερινότητας, όπως η οικονομική διαχείριση ή η οργάνωση σύνθετων εργασιών. Αντίθετα, στη μείζονα νευρογνωστική διαταραχή παρατηρείται σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας και αυξημένη εξάρτηση από τρίτους. Η βαρύτητα της μνημονικής διαταραχής και η συμμετοχή πολλαπλών γνωστικών τομέων φαίνεται επίσης να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης σε νόσο Alzheimer (Gauthier et al., 2006).

Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η χρήση βιοδεικτών και νευροαπεικονιστικών μεθόδων στην αξιολόγηση της ΗΓΔ. Η εξέλιξη της έρευνας έχει δείξει ότι παθολογικές μεταβολές που σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer μπορεί να εμφανίζονται αρκετά χρόνια πριν από την εκδήλωση έντονων κλινικών συμπτωμάτων. Σύμφωνα με την υπόθεση του αμυλοειδικού καταρράκτη, η συσσώρευση β-αμυλοειδούς αποτελεί ένα από τα πρώιμα στάδια της παθολογικής διαδικασίας που οδηγεί σε νευρωνική βλάβη και γνωστική έκπτωση (Jack et al., 2010).

Στους σημαντικότερους βιοδείκτες περιλαμβάνονται η μείωση των επιπέδων Αβ42 στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, η αύξηση της ολικής και φωσφορυλιωμένης tau, καθώς και ευρήματα νευροαπεικόνισης όπως η ατροφία του ιππόκαμπου στη μαγνητική τομογραφία και η θετική απεικόνιση Amyloid-PET. Επιπλέον, η παρουσία του αλληλομόρφου ε4 του γονιδίου APOE έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης της ΗΓΔ σε νόσο Alzheimer (Albert et al., 2011). Η αξιοποίηση αυτών των δεδομένων, σε συνδυασμό με τη νευροψυχολογική αξιολόγηση, συμβάλλει στην πιο έγκαιρη και αξιόπιστη αναγνώριση της γνωστικής έκπτωσης, καθώς και στην καλύτερη εκτίμηση της πιθανής εξέλιξης της διαταραχής.

2.1.5. Πρόγνωση

Η Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή (ΗΓΔ) θεωρείται σήμερα μία ενδιάμεση κλινική κατάσταση μεταξύ της φυσιολογικής γήρανσης και της άνοιας, χωρίς όμως η εξέλιξή της να είναι ίδια σε όλους τους ασθενείς. Η πορεία της χαρακτηρίζεται από σημαντική ετερογένεια, καθώς ορισμένα άτομα παρουσιάζουν σταδιακή επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας, άλλα παραμένουν σταθερά για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται ακόμη και επαναφορά σε επίπεδα φυσιολογικής γνωστικής λειτουργίας. Για τον λόγο αυτό, η ΗΓΔ δεν αντιμετωπίζεται πλέον ως ένα αναπόφευκτο προδρομικό στάδιο άνοιας, αλλά ως μια δυναμική κλινική οντότητα με διαφορετικές πιθανές εξελικτικές πορείες.

Στο πλαίσιο της φυσικής ιστορίας των νευρογνωστικών διαταραχών περιγράφεται συχνά μια συνεχής πορεία γνωστικής έκπτωσης, η οποία ξεκινά από την υποκειμενική γνωστική έκπτωση (subjective cognitive decline). Στο στάδιο αυτό, το άτομο αναφέρει δυσκολίες στη μνήμη ή σε άλλες γνωστικές λειτουργίες, χωρίς ωστόσο να εντοπίζονται σαφή ελλείμματα στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες. Σε αρκετές περιπτώσεις, η υποκειμενική γνωστική έκπτωση φαίνεται να προηγείται της κλινικής διάγνωσης της ΗΓΔ ή της άνοιας ακόμη και κατά 10 έως 15 έτη, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι παθολογικές διεργασίες πιθανόν ξεκινούν πολύ πριν την εμφάνιση εμφανών κλινικών συμπτωμάτων (Gauthier et al., 2006). Ακολουθεί το στάδιο της ΗΓΔ, κατά το οποίο παρατηρείται πλέον αντικειμενικά τεκμηριωμένη γνωστική έκπτωση, αλλά διατηρείται σε σημαντικό βαθμό η λειτουργική ανεξαρτησία του ατόμου. Όταν η γνωστική επιδείνωση επηρεάζει ουσιαστικά την καθημερινή λειτουργικότητα και την αυτονομία, τότε πληρούνται τα κριτήρια για μείζονα νευρογνωστική διαταραχή ή άνοια. Η αντίληψη αυτής της συνεχούς πορείας έχει ιδιαίτερη σημασία για την έγκαιρη διάγνωση και παρακολούθηση ατόμων υψηλού κινδύνου, καθώς η αναγνώριση των πρώιμων σταδίων μπορεί να συμβάλει στον καλύτερο σχεδιασμό παρεμβάσεων και στη βελτίωση της κλινικής φροντίδας.

Στον γενικό πληθυσμό ο ετήσιος κίνδυνος εμφάνισης άνοιας εκτιμάται περίπου στο 1–2%. Ωστόσο, στα άτομα με ΗΝΔ ο κίνδυνος αυτός είναι σημαντικά αυξημένος. Ειδικότερα, η ετήσια πιθανότητα μετατροπής σε άνοια υπολογίζεται περίπου στο 10–15%, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις της αμνησικής μορφής της διαταραχής, ενώ σε κλινικά δείγματα από εξειδικευμένα ιατρεία μνήμης τα ποσοστά μπορεί να φθάνουν έως και 16% ετησίως. Σε βάθος χρόνου, ο σωρευτικός κίνδυνος εξέλιξης σε άνοια εντός δεκαετίας εκτιμάται περίπου στο 33%. Παρά τη σημαντικά αυξημένη πιθανότητα εξέλιξης, η πορεία της ΗΓΔ δεν είναι ομοιόμορφη. Υπολογίζεται ότι έως και το 60% των ατόμων με ΗΓΔ δεν θα εμφανίσει άνοια μέσα στην επόμενη δεκαετία, γεγονός που αναδεικνύει τη μεγάλη κλινική ετερογένεια της διαταραχής και την επίδραση διαφορετικών βιολογικών, γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην πρόγνωση (Bradfield & Ames, 2020).

Σημαντικά στοιχεία σχετικά με την πορεία της ΗΓΔ προέρχονται από συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις. Σε μεγάλες ανασκοπήσεις έχει βρεθεί ότι στις κλινικές μελέτες ο σωρευτικός κίνδυνος μετατροπής σε οποιαδήποτε μορφή άνοιας ανέρχεται περίπου στο 41,5%, ενώ ο μέσος ετήσιος ρυθμός μετατροπής υπολογίζεται κοντά στο 10,9%. Η νόσος Alzheimer αποτελεί τη συχνότερη κατάληξη της ΗΓΔ, αν και η διαταραχή μπορεί να εξελιχθεί και σε άλλες μορφές άνοιας, όπως αγγειακή άνοια, μετωποκροταφική άνοια ή άνοια με σωμάτια Lewy. Αντίθετα, στις πληθυσμιακές μελέτες τα ποσοστά μετατροπής είναι χαμηλότερα, περίπου 27%. Η διαφορά αυτή αποδίδεται κυρίως στη διαφορετική σύνθεση των δειγμάτων, καθώς τα άτομα που παραπέμπονται σε εξειδικευμένα ιατρεία μνήμης συχνά παρουσιάζουν πιο προχωρημένο στάδιο γνωστικής έκπτωσης ή μεγαλύτερο βαθμό συνοσηρότητας, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα εξέλιξης σε άνοια.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το ενδεχόμενο επαναφοράς της γνωστικής λειτουργίας σε φυσιολογικά επίπεδα. Στις πληθυσμιακές μελέτες, το ποσοστό αυτό έχει εκτιμηθεί περίπου στο 28%, ενώ στα κλινικά δείγματα είναι σημαντικά χαμηλότερο, περίπου 8,7 %. Παράλληλα, περίπου οι μισοί ασθενείς φαίνεται να

παραμένουν σχετικά σταθεροί γνωστικά κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η ΗΓΔ δεν αποτελεί απαραίτητα αναπόφευκτο πρόδρομο στάδιο άνοιας και ότι ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων μπορεί να παραμείνει σταθερό ή ακόμη και να παρουσιάσει βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας. Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι ο ετήσιος ρυθμός μετατροπής τείνει να μειώνεται σε μελέτες μεγαλύτερης διάρκειας παρακολούθησης. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η εξέλιξη της γνωστικής έκπτωσης ενδέχεται να ακολουθεί μη γραμμική πορεία στον χρόνο.

Η σημαντική ετερογένεια που παρατηρείται μεταξύ των μελετών αποδίδεται σε διάφορους μεθοδολογικούς και κλινικούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται τα διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται, οι αποκλίσεις στα ψυχομετρικά όρια των νευροψυχολογικών δοκιμασιών, η διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων. Επιπλέον, η ετερογένεια της ίδιας της ΗΓΔ φαίνεται να αντικατοπτρίζει την παρουσία διαφορετικών παθοφυσιολογικών μηχανισμών. Εκτός από τις νευροεκφυλιστικές διεργασίες που σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer, η γνωστική έκπτωση μπορεί να συνδέεται με αγγειακές βλάβες, μικτές πρωτεϊνοπάθειες ή άλλες εκφυλιστικές διεργασίες, όπως η παθολογία τύπου LATE. Παράλληλα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έννοια της γνωστικής εφεδρείας, σύμφωνα με την οποία άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ή μεγαλύτερη νοητική δραστηριότητα ενδέχεται να διατηρούν καλύτερη γνωστική λειτουργία παρά την παρουσία νευροπαθολογικών αλλοιώσεων. Η γνωστική εφεδρεία φαίνεται επομένως να επηρεάζει σημαντικά την κλινική εικόνα και την ταχύτητα εξέλιξης της διαταραχής.

Τα τελευταία χρόνια, η ενσωμάτωση βιοδεικτών στη διαγνωστική και προγνωστική αξιολόγηση της ΗΓΔ έχει ενισχύσει σημαντικά την κατανόηση της πορείας της διαταραχής. Δείκτες όπως η παρουσία β-αμυλοειδούς, οι μεταβολές της tau πρωτεΐνης και η ατροφία του ιππόκαμπου φαίνεται να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης προς νόσο Alzheimer. Ωστόσο, αρκετές παλαιότερες μελέτες δεν

περιλάμβαναν δεδομένα βιοδεικτών, γεγονός που περιορίζει σε κάποιο βαθμό τη συγκρισιμότητα και την ακρίβεια των προγνωστικών εκτιμήσεων (Salemme et al., 2025).

Συνολικά, τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η ΗΓΔ αποτελεί μια ετερογενή κλινική κατάσταση με πολλαπλές πιθανές εξελικτικές πορείες. Παρότι ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών εξελίσσεται σε άνοια, περίπου οι μισοί παραμένουν γνωστικά σταθεροί, ενώ ένα αξιόλογο ποσοστό, ιδιαίτερα στον γενικό πληθυσμό, μπορεί να επανέλθει σε φυσιολογική γνωστική λειτουργία. Η κατανόηση αυτής της ετερογένειας έχει ιδιαίτερη σημασία για την κλινική πράξη, καθώς αναδεικνύει την ανάγκη εξατομικευμένης αξιολόγησης και παρακολούθησης των ασθενών. Παράλληλα, η καλύτερη αναγνώριση των παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη πιο στοχευμένων παρεμβάσεων και στρατηγικών πρόληψης.

2.2. Ποιότητα Ζωής

2.2.1. Ορισμός

Η έννοια της Ποιότητας Ζωής άρχισε να αποκτά ιδιαίτερη σημασία στη δημόσια και επιστημονική συζήτηση μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, στο πλαίσιο της αναζήτησης ευρύτερων δεικτών κοινωνικής προόδου πέρα από την οικονομική ανάπτυξη. Χαρακτηριστική είναι η αναφορά του Προέδρου των Ηνωμένων Πολιτειών Lyndon Johnson το 1964, σύμφωνα με την οποία η επιτυχία μιας κοινωνίας δεν μπορεί να αποτιμάται αποκλειστικά με οικονομικούς όρους, αλλά και με βάση την ποιότητα της ζωής των πολιτών της. Από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα, η έννοια καθιερώθηκε σταδιακά στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία ως βασικός δείκτης αξιολόγησης της ανθρώπινης ευημερίας (Diener, 2000, (Michalos, 2004).

Η έννοια της Ποιότητας Ζωής αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο θεωρητικό κατασκεύασμα, το οποίο έχει μελετηθεί εκτενώς σε διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η ιατρική και η οικονομία. Παρά την εκτεταμένη χρήση του όρου στη σύγχρονη βιβλιογραφία, δεν υπάρχει ένας ενιαίος

και καθολικά αποδεκτός ορισμός, γεγονός που αντανακλά τη διαρκή αλληλεπίδραση ανάμεσα στις αντικειμενικές συνθήκες ζωής και στις υποκειμενικές αξιολογήσεις του ατόμου (Barcaccia et al., 2013). Στο πλαίσιο αυτό, η Ποιότητα Ζωής προσεγγίζεται ως μια δυναμική έννοια, η οποία διαμορφώνεται μέσα από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

Σημαντική φιλοσοφική διάσταση της Ποιότητας Ζωής εντοπίζεται ήδη στη στωική παράδοση, όπως εκφράζεται από τον Επίκτητο: η αντίληψη και η ερμηνεία των γεγονότων καθορίζει την ψυχολογική μας κατάσταση, όχι τα ίδια τα γεγονότα (Epictetus, 1995). Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει τον υποκειμενικό χαρακτήρα της Ποιότητας Ζωής, υποστηρίζοντας ότι η αίσθηση ευημερίας επηρεάζεται ουσιαστικά από τη γνωστική επεξεργασία και τη νοηματοδότηση των εμπειριών.

Στο πλαίσιο αυτό, μία από τις κυρίαρχες θεωρητικές προσεγγίσεις συνδέει την Ποιότητα Ζωής με την υποκειμενική ευημερία και την ικανοποίηση από τη ζωή. Σύμφωνα με αυτή την οπτική, η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής εδράζεται κυρίως στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αποτιμά συνολικά την ύπαρξή του και τις εμπειρίες του. Ο Diener (2000) υποστηρίζει ότι η υποκειμενική ευημερία συνιστά βασικό δείκτη της Ποιότητας Ζωής, καθώς περιλαμβάνει τόσο τη γνωστική αξιολόγηση της ζωής όσο και τη συναισθηματική εμπειρία θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύει τον κεντρικό ρόλο της προσωπικής αντίληψης, υπογραμμίζοντας ότι παρόμοιες αντικειμενικές συνθήκες μπορεί να βιώνονται με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά άτομα.

Παράλληλα, σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας αντιλαμβάνεται την Ποιότητα Ζωής ως πολυδιάστατη δομή που περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές διαστάσεις. Οι αντικειμενικοί δείκτες σχετίζονται με παράγοντες όπως η υγεία, οι συνθήκες διαβίωσης, το εισόδημα και η κοινωνική υποστήριξη, ενώ οι υποκειμενικές διαστάσεις αφορούν την προσωπική εμπειρία ευημερίας, το νόημα της ζωής και την ψυχολογική ισορροπία. Στο πλαίσιο αυτό, ο Schalock (2004) περιγράφει την

Ποιότητα Ζωής ως μια σύνθετη έννοια που περιλαμβάνει πολλαπλούς τομείς της ανθρώπινης ζωής, όπως η συναισθηματική ευημερία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αυτονομία και η προσωπική ανάπτυξη. Αντίστοιχα, η World Health Organization (1995) ορίζει την Ποιότητα Ζωής ως την αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και του αξιακού συστήματος στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του.

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρητική συμβολή στη μελέτη της Ποιότητας Ζωής προσφέρει η προσέγγιση των «δυνατοτήτων» (capabilities) του Sen (1999). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η ποιότητα της ζωής δεν προσδιορίζεται αποκλειστικά από τα υλικά αγαθά ή τα επιτεύγματα που διαθέτει ένα άτομο, αλλά κυρίως από τις πραγματικές δυνατότητες που έχει να επιλέξει και να πραγματοποιήσει τρόπους ζωής που θεωρεί σημαντικούς (Sen, 1999). Η προσέγγιση αυτή μετατοπίζει το ενδιαφέρον από τους απλούς δείκτες ευημερίας στις ευκαιρίες και στις επιλογές που διαθέτει το άτομο, αναδεικνύοντας τον ρόλο της ελευθερίας και της κοινωνικής δικαιοσύνης στη διαμόρφωση της Ποιότητας Ζωής.

Ιδιαίτερη σημασία έχει και το λεγόμενο «παράδοξο της αναπηρίας». Άτομα με σοβαρές ή χρόνιες αναπηρίες συχνά αναφέρουν υψηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής, παρά τις αντικειμενικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (Albrecht & Devlieger, 1999). Το εύρημα αυτό ενισχύει την άποψη ότι η Ποιότητα Ζωής δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά μέσα από αντικειμενικούς δείκτες, αλλά σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ερμηνεύουν και νοηματοδοτούν τις εμπειρίες της ζωής τους.

Τέλος, η έννοια της Ποιότητας Ζωής επηρεάζεται σημαντικά από το πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει το άτομο. Οι πολιτισμικές αξίες, οι κοινωνικές προσδοκίες και τα συστήματα πεποιθήσεων διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία, την ευημερία και την έννοια του «καλού βίου». Για τον λόγο αυτό, η μελέτη της Ποιότητας Ζωής απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

που λαμβάνει υπόψη τόσο τις αντικειμενικές συνθήκες ζωής όσο και την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου.

2.2.1 Διαστάσεις ποιότητας ζωής

Η Ποιότητα Ζωής στην τρίτη ηλικία αποτελεί πολυδιάστατο κατασκεύασμα, που υπερβαίνει τη σωματική υγεία και περιλαμβάνει ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις, οι οποίες αλληλεπιδρούν δυναμικά. Η σωματική διάσταση αφορά την υγεία, τη λειτουργικότητα, την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση και την παρουσία χρόνιων νοσημάτων. Μελέτες δείχνουν ότι οι περιορισμοί στη λειτουργικότητα επηρεάζουν σημαντικά την αντίληψη της Ποιότητας Ζωής (Blane, Netuveli, & Montgomery, 2008). Παρά ταύτα, το «παράδοξο της αναπηρίας» υπογραμμίζει ότι πολλοί ηλικιωμένοι με σοβαρούς περιορισμούς αναφέρουν υψηλή Ποιότητα Ζωής, γεγονός που αναδεικνύει τον κεντρικό ρόλο της υποκειμενικής αξιολόγησης και της προσωπικής ερμηνείας της κατάστασης υγείας.

Η ψυχολογική διάσταση περιλαμβάνει παράγοντες όπως η ψυχική υγεία, η συναισθηματική σταθερότητα, η αυτοεκτίμηση και η αίσθηση νοήματος. Παράγοντες όπως η κατάθλιψη και η μοναξιά έχουν αναδειχθεί ως ισχυροί προγνωστικοί δείκτες μειωμένης Ποιότητας Ζωής στους ηλικιωμένους. Η κοινωνική διάσταση αναφέρεται στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, την κοινωνική συμμετοχή και την αίσθηση του «ανήκειν». Διάφοροι μελετητές έχουν καταδείξει ότι οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι θεωρούν τις κοινωνικές σχέσεις εξίσου σημαντικές με τη σωματική υγεία για την Ποιότητα Ζωής τους (Bowling, 1995). Η κοινωνική απομόνωση συνδέεται με αυξημένη θνησιμότητα και μειωμένη ψυχολογική ευεξία. Η περιβαλλοντική και λειτουργική διάσταση περιλαμβάνει την ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την οικονομική επάρκεια και την ασφάλεια του οικιακού περιβάλλοντος (Banister & Bowling, 2004). Η ποιότητα του περιβάλλοντος, η ασφάλεια και η

υποστήριξη που παρέχουν οι κοινότητες επηρεάζουν άμεσα την καθημερινή λειτουργικότητα και, κατά συνέπεια, την αντιλαμβανόμενη ευημερία.

Η θεωρία ιεράρχησης αναγκών του Maslow (1943,1954) παρέχει ένα χρήσιμο πλαίσιο κατανόησης των διαστάσεων αυτών. Σύμφωνα με τον Maslow, η ικανοποίηση των βασικών φυσιολογικών και αναγκών ασφάλειας αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη ανώτερων επιπέδων ευημερίας, όπως η κοινωνική ένταξη, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση. Στην τρίτη ηλικία, η αυτοπραγμάτωση συνδέεται με την ολοκλήρωση της ζωής, την πνευματικότητα, τον αναστοχασμό και την αποδοχή της γήρανσης. Η επίτευξη αυτών των υπαρξιακών και ψυχολογικών αναγκών ενισχύει σημαντικά την υποκειμενική Ποιότητα Ζωής και αναδεικνύει τη σημασία της υπαρξιακής αποδοχής, ακόμα και σε συνθήκες περιορισμένης λειτουργικότητας.

Επιπλέον θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η οποία όπως σημειώνεται από Adler και Ostrove (1999), καθώς και Marmot (2005), φαίνεται ότι η παίζει καθοριστικό ρόλο στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Πιο συγκεκριμένα, παράγοντες όπως το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο και οι συνθήκες εργασίας φαίνεται να επηρεάζουν ουσιαστικά το πώς ζει και πώς αισθάνεται κάποιος στην καθημερινότητά του. Άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συχνά αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες, όχι μόνο σε σχέση με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, αλλά και λόγω αυξημένου στρες και πιο δύσκολων συνθηκών ζωής. Παράλληλα, έχει φανεί ότι οι κοινωνικές ανισότητες γενικά αντανακλώνται άμεσα στις διαφορές που παρατηρούνται στην υγεία και στην ευημερία των πληθυσμών, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει και το κατά πόσο το άτομο νιώθει ότι έχει έλεγχο στη ζωή του. Στο ίδιο πλαίσιο, έχει φανεί ότι οι κοινωνικές ανισότητες δεν επηρεάζουν μόνο το εισόδημα ή την πρόσβαση σε υπηρεσίες, αλλά συνολικά την ποιότητα ζωής σε μια κοινωνία. Οι Wilkinson και Pickett (2009) υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλύτερες είναι οι οικονομικές ανισότητες,

τόσο χειρότεροι είναι συνολικά οι δείκτες υγείας και ευημερίας, καθώς αυξάνεται το στρες και μειώνεται η κοινωνική συνοχή.

Συνεπώς, η προαγωγή της Ποιότητας Ζωής στην τρίτη ηλικία απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που συνδυάζει την κάλυψη υλικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών με τη δυνατότητα προσωπικής αξιολόγησης και νοσηματοδότησης της ζωής.

2.2.3. Μέτρηση σε άτομα με γνωστική έκπτωση

Η έννοια της Ποιότητας Ζωής συχνά συγχέεται με την έννοια της Υγείας, αν και οι δύο όροι δεν είναι ταυτόσημοι. Η υγεία συνιστά μόνο ένα μέρος της Ποιότητας Ζωής, η οποία περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές πτυχές της ανθρώπινης ευημερίας. (The WHOQOL Group, 1995). Άτομα με περιορισμένη λειτουργική ικανότητα ή χρόνια προβλήματα υγείας μπορεί να αναφέρουν υψηλή Ποιότητα Ζωής, όπως και το αντίθετο, αναδεικνύοντας έτσι την πολυδιάστατη φύση της.

Η επιστημονική διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής έχει αναδείξει δύο βασικές κατηγορίες μέτρησης:

1. Αντικειμενικά μέτρα: Αφορούν την λειτουργική κατάσταση του ατόμου.
2. Υποκειμενικά μέτρα: Επικεντρώνονται στην αντίληψη του ατόμου για την υγεία και την ευεξία του.

Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής είναι η Κλίμακα Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL), η οποία χρησιμοποιεί κλίμακα Likert 5 διαβαθμίσεων. Το WHOQOL υπάρχει σε δύο εκδοχές:

- WHOQOL-100: 100 ερωτήσεις για λεπτομερή αξιολόγηση
- WHOQOL-Brief: 26 ερωτήσεις, εύκολο στη χορήγηση και διαπολιτισμικά συμβατό

Η ανάπτυξη του WHOQOL σε διεθνές επίπεδο διασφάλισε την τυποποίηση και την ισοδυναμία του σε διαφορετικούς πολιτισμούς, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως η εκβιομηχάνιση, τα συστήματα υγείας, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και ο ρόλος της οικογένειας. (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004).

Τα ερωτηματολόγια Ποιότητας Ζωής καλύπτουν συνήθως πέντε τομείς:

1. Σωματικός: υγεία, πόνος, φυσική λειτουργικότητα
2. Ψυχολογικός: συναισθήματα, άγχος, ψυχική ευημερία
3. Ανεξαρτησία: αυτονομία σε οικονομικές, σωματικές και καθημερινές δραστηριότητες
4. Κοινωνικές σχέσεις: αλληλεπιδράσεις με οικογένεια, φίλους και επαγγελματίες
5. Περιβαλλοντικός: παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη και ευημερία του ατόμου

Η Ποιότητα Ζωής δεν περιορίζεται στην αντικειμενική λειτουργικότητα μόνο αλλά συνδέεται με την υποκειμενική ικανοποίηση του ατόμου και την αντίληψή του για τη ζωή του. Για μια ολοκληρωμένη εκτίμηση, είναι απαραίτητη η ταυτόχρονη μέτρηση τόσο των αντικειμενικών όσο και των υποκειμενικών διαστάσεων (Fayers & Machin, 2007).

Η Διεθνής Εταιρεία Μελετών της Ποιότητας Ζωής (ISQOLS) υπογραμμίζει ότι η Ποιότητα Ζωής περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικά στοιχεία ευημερίας όσο και την υποκειμενική ικανοποίηση, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα τομέων όπως υλική ευημερία, υγεία, παραγωγικότητα, συναισθηματική κατάσταση, ασφάλεια, κοινωνική συμμετοχή και εσωτερική ισορροπία (Cummins, 2005). Η ποιότητα ζωής δεν είναι απλώς η απουσία ασθένειας, αλλά ένας ολιστικός δείκτης ευημερίας που αντικατοπτρίζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει σωματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά τη ζωή του. Για να είναι αξιόπιστη και λειτουργική ως έννοια και μέτρηση, η προσέγγιση της πρέπει να ενσωματώνει τις υποκειμενικές εμπειρίες και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές αξίες και

τους προσωπικούς στόχους κάθε ατόμου (Irtelli & Durbano, 2020). Η αξιολόγησή της απαιτεί συνδυασμό αντικειμενικών και υποκειμενικών εργαλείων και αποτελεί βασικό στόχο για την προαγωγή της ευημερίας του ατόμου, σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό παράδειγμα (Engel, 1977).

Στην ΗΓΔ, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και το QOL-AD (Quality of Life in Alzheimer's Disease), ένα σύντομο ερωτηματολόγιο 13 αντικειμένων που αξιολογεί την ποιότητα ζωής. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε τετραβάθμια κλίμακα (1 = πολύ κακή, 4 = εξαιρετική), με συνολικό σκορ από 13 έως 52. Υψηλότερο σκορ υποδηλώνει καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι τομείς που αξιολογούνται περιλαμβάνουν τη σωματική υγεία, την ενέργεια, τη διάθεση, τη μνήμη, τις κοινωνικές σχέσεις, την ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, την ευχαρίστηση από αναψυχή και τη γενική ικανοποίηση από τη ζωή. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο (self-report) είτε από έναν οικείο πρόσωπο/φροντιστή (proxy-report), προκειμένου να αποτυπωθεί η οπτική και των δύο πλευρών (Teng, Tassniyom, & Lu, 2012).

2.3. Ποιότητα ζωής και γνωστική έκπτωση

2.3.1. Ψυχολογικοί παράγοντες (κατάθλιψη, άγχος)

Η ποιότητα ζωής (QoL) στην τρίτη ηλικία αποτελεί πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις. Στην ηλικία αυτή, η ψυχολογική διάσταση φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο, με τη συναισθηματική δυσφορία, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, να συσχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Blazer, 2003). Αντίθετα, η ευδαιμονική ψυχολογική ευημερία, που σχετίζεται με προσωπική ανάπτυξη και σκοπό ζωής, φαίνεται να ενισχύει την υποκειμενική ευημερία (Ryan & Deci, 2001).

Για παράδειγμα η μελέτη των Lopez et al. (2024) εστίασε στη διερεύνηση αυτών των παραγόντων σε δείγμα 361 Ισπανών ηλικιωμένων, ηλικίας 60 έως 84 ετών. Η έρευνα χρησιμοποίησε ερωτηματολόγια και ψυχομετρικά εργαλεία για την αξιολόγηση της

ψυχολογικής κατάστασης, της ποιότητας ζωής και της γνωστικής λειτουργίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρουσία κατάθλιψης και άγχους αποτελεί σημαντικό αρνητικό προγνωστικό παράγοντα, που σχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής και επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας. Αντίθετα, η αίσθηση σκοπού, η προσωπική ανάπτυξη, η ευδαιμονική ψυχολογική ευημερία και η αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία συσχετίζονται θετικά με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Συνολικά, η μελέτη επιβεβαιώνει ότι η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία εξαρτάται περισσότερο από την ψυχολογική ευημερία και τη συναισθηματική κατάσταση παρά από τα δημογραφικά ή σωματικά χαρακτηριστικά.

Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη για ολιστικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και στην ενίσχυση των θετικών πτυχών της ψυχολογικής ευημερίας, προκειμένου να διατηρηθεί ή να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής και η γνωστική λειτουργία στην τρίτη ηλικία (Lopez et al., 2024).

2.3.2. Κοινωνική υποστήριξη

Η αξιοπρέπεια αποτελεί θεμελιώδη διάσταση της φροντίδας αλλά και των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων, συνδέοντας την αυτονομία, τον σεβασμό και την κοινωνική αναγνώριση με την ποιότητα ζωής τους. Παρά τη συχνή αναφορά της σε πολιτικές και κανονιστικά πλαίσια, η έννοια παραμένει πολυσήμαντη και χρειάζεται διερεύνηση από την οπτική των ίδιων των ηλικιωμένων.

Η έννοια της αξιοπρέπειας για τους ηλικιωμένους, όπως αναδείχθηκε από τη μετα-σύνθεση ποιοτικών μελετών των Clancy et al. (2021), συνιστά μια πολυδιάστατη και βιωμένη εμπειρία που διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση των ηλικιωμένων με το κοινωνικό και θεσμικό περιβάλλον τους. Τα ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν τέσσερις βασικούς πυλώνες, οι οποίοι αποτελούν ουσιώδη στοιχεία για την κατανόηση και προαγωγή της αξιοπρέπειας στην τρίτη ηλικία:

1. Ορατότητα – Οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να γίνονται αντιληπτοί, να μην περιθωριοποιούνται και να μην αισθάνονται «αόρατοι» στο κοινωνικό πλαίσιο ή

2. στις υπηρεσίες φροντίδας. Η αναγνώριση της παρουσίας τους συνδέεται άμεσα με την αίσθηση αξίας και αυτοσεβασμού (Clancy et al., 2021).
3. Αναγνώριση – Η αξιοπρέπεια ενισχύεται όταν αντιμετωπίζονται ως άτομα με βιογραφία, ιστορία και μοναδικές ικανότητες, αντί για «περίπτωση προς διαχείριση». Η αναγνώριση αυτή περιλαμβάνει τόσο λεκτική επιβεβαίωση όσο και ουσιαστική προσοχή στις ανάγκες τους.
4. Συμμετοχή – Η δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν, ακόμη και σε μικρές καθημερινές επιλογές, ενισχύει την αυτονομία και την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, στοιχεία κρίσιμα για τη βιωμένη ποιότητα ζωής.
5. Σεβασμός της ευαλωτότητας – Η φροντίδα πρέπει να παρέχεται χωρίς στιγματισμό και με αναγνώριση της ευαλωτότητας των ηλικιωμένων ως φυσικού στοιχείου της γήρανσης. Η υποστήριξη χωρίς ταπείνωση ή κοινωνική απαξίωση συμβάλλει στην ενδυνάμωση της αξιοπρέπειας και της υποκειμενικής ευημερίας (World Health Organization, 2015).

Συνολικά, η διασφάλιση της αξιοπρέπειας δεν περιορίζεται στην υλική ή ιατρική φροντίδα, αλλά απαιτεί συστηματική προσοχή στις σχέσεις, την αναγνώριση και τη συμμετοχή των ηλικιωμένων, ενισχύοντας την ψυχολογική ευημερία και την ποιότητα ζωής τους και διασφαλίζοντας τα δικαιώματά τους

2.3.3. Προηγούμενες έρευνες

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με ήπια γνωσιακή διαταραχή (ΗΓΔ) και ήπια άνοια που σχετίζεται με τη νόσο Alzheimer (AD) είναι θεμελιώδους σημασίας, καθώς αποτελεί δείκτη ευημερίας που ξεπερνά τις απλές γνωστικές επιδόσεις.

Η μελέτη των Teng και συνεργατών (2012) περιελάμβανε 205 συμμετέχοντες. 108 με ΗΓΔ και 97 με φυσιολογική γνωστική λειτουργία. Χρησιμοποιώντας το QOL-AD για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα άτομα με ΗΓΔ παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες, κυρίως στους τομείς της διάθεσης και της μνήμης. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής συσχετίστηκε περισσότερο με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τις δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με την καθαρή γνωστική επίδοση, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ψυχοκοινωνικής διάστασης. Μια άλλη μελέτη, αξιολόγησε 50 ασθενείς

με ΗΓΔ και 50 υγιείς χρησιμοποιώντας τόσο αυτοαναφορές όσο και εκτιμήσεις από πληροφορητές. Τα άτομα με ΗΓΔ ανέφεραν χαμηλότερη βαθμολογία αυτοαναφορών σε σχέση με τους υγιείς, με τους πληροφορητές να αποδίδουν ακόμη χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στους ασθενείς με ΗΓΔ, υποδεικνύοντας πιθανή υποεκτίμηση των δυσκολιών από τους ίδιους τους ασθενείς (Abreu, Santana, Paúl, & Pires, 2013).

Στην μελέτη των Stites και συνεργατών (2018), που εστίασε στη σχέση μεταξύ γνωστικών παραπόνων και ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους, συμμετείχαν 174 άτομα χωρισμένα σε τρεις ομάδες: άτομα με ήπια γνωστική διαταραχή, άτομα με ήπια άνοια λόγω νόσου Αλτσχάιμερ και άτομα με φυσιολογική γνωστική λειτουργία. Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο τα υποκειμενικά γνωστικά παράπονα επηρεάζουν την αντίληψη των ατόμων για την ποιότητα ζωής τους. Η μελέτη περιελάμβανε 174 ηλικιωμένους συμμετέχοντες, οι οποίοι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: άτομα με ήπια γνωστική διαταραχή, άτομα με ήπια άνοια λόγω νόσου Αλτσχάιμερ και άτομα χωρίς γνωστική διαταραχή. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με τα γνωστικά παράπονα που βιώνουν στην καθημερινή ζωή και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα επικύρωσαν ότι τα υποκειμενικά γνωστικά παράπονα επηρεάζουν αρνητικά την αντιλαμβανόμενη ποιότητας ζωής, ανεξαρτήτως αντικειμενικών γνωστικών επιδόσεων, με τα άτομα με γνωστικές διαταραχές να αναφέρουν μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι η αξιολόγηση των γνωστικών παραπόνων μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των ατόμων με γνωστική έκπτωση και στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Stites, Harkins, & Karlawish, 2018).

Αξιοσημείωτη είναι η μελέτη FINGER με 1.120 συμμετέχοντες (πληθυσμό υψηλού κινδύνου για γνωστική έκπτωση), που έδειξε ότι η γνωστική επίδοση δεν συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής. Αντιθέτως, οι περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες και τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονταν με σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής (Janssen et al., 2022).

Τέλος, η συστηματική ανασκόπηση των Campbell και συνεργατών (2025) ανέλυσε 23 μελέτες σχετικά με την ποιότητα ζωής σε άτομα με ΗΓΔ και ήπια άνοια Alzheimer. Τα ευρήματα επιβεβαίωσαν ότι η ποιότητα ζωής αρχίζει να μειώνεται από το στάδιο της ΗΓΔ και επιδεινώνεται περαιτέρω στην ήπια άνοια, τονίζοντας την διαφορά μεταξύ αυτοαναφορών και αξιολογήσεων πληροφορητών, καθώς και τη μεγαλύτερη επίδραση των ψυχολογικών και λειτουργικών παραγόντων σε σχέση με τη γνωστική επίδοση καθαυτή.

Οι προαναφερθείσες μελέτες δείχνουν σταθερά ότι η μείωση της ποιότητας ζωής στην ΗΓΔ επηρεάζεται κυρίως από ψυχολογικούς και λειτουργικούς παράγοντες, όπως κατάθλιψη, νευροψυχιατρικά συμπτώματα και δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ η καθαρή γνωστική έκπτωση φαίνεται να έχει περιορισμένη άμεση επίδραση. Τα άτομα με ΗΓΔ συχνά αναφέρουν υψηλότερη ποιότητα ζωής από ό,τι οι πληροφορητές τους, γεγονός που υποδηλώνει διαφορές στην αντίληψη της ευημερίας και πιθανή υποεκτίμηση των δυσκολιών από τους ίδιους τους ασθενείς.

Παρά τους περιορισμούς που υπάρχουν στις μελέτες, όπως η χρήση διατομεακών σχεδιασμών και η ποικιλία εργαλείων αξιολόγησης, είναι απαραίτητο να ενσωματωθεί η υποκειμενική εμπειρία των ασθενών καθώς και η εκτίμηση των λειτουργικών και ψυχολογικών παραγόντων στην κλινική πρακτική. Επομένως, η διαχείριση της κατάθλιψης και των καθημερινών προκλήσεων πρέπει να αποτελεί κεντρικό στοιχείο των παρεμβάσεων που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΗΝΔ.

Η πιο πρόσφατη μελέτη των Carcelén-Fraile et al. (2025) επεκτείνει αυτά τα ευρήματα, συσχετίζοντας την ποιότητα ζωής με τη γνωστική λειτουργία, την ευθραυστότητα και τη διατροφική κατάσταση σε 129 ηλικιωμένα άτομα με ΗΓΔ. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης ανέδειξαν ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ γνωστικής λειτουργίας και ποιότητας ζωής, καθώς και μεταξύ γνωστικής απόδοσης και διατροφικής κατάστασης, υποστηρίζοντας την ύπαρξη αμφίδρομης σχέσης: η καλή θρέψη προάγει τη γνωστική λειτουργία, ενώ η γνωστική επάρκεια διευκολύνει τη

διατήρηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών. την ανάγκη παρακολούθησης σωματικών παραμέτρων στους ηλικιωμένους.

Η ενσωμάτωση παραμέτρων όπως η διατροφική κατάσταση και η ευθραυστότητα προσφέρει μια ολιστική, βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, η οποία καθιστά δυνατή τη σχεδίαση διεπιστημονικών παρεμβάσεων που συνδυάζουν γνωστική ενδυνάμωση, υποστήριξη διατροφής και φυσική άσκηση, στοχεύοντας στη διατήρηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων (Carcelén-Fraile et al., 2025).

2.4. Θρησκευτικότητα και γήρανση

Η θρησκευτικότητα αποτελεί έναν σημαντικό ψυχοκοινωνικό παράγοντα στην τρίτη ηλικία, ο οποίος επηρεάζει πολλαπλές διαστάσεις της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Ως έννοια, η θρησκευτικότητα περιλαμβάνει τόσο τις εξωτερικές εκφάνσεις της πίστης, όπως η συμμετοχή σε θρησκευτικές πρακτικές και τελετουργίες, όσο και τις εσωτερικές διαστάσεις, όπως η προσωπική πίστη, το νόημα ζωής και η πνευματικότητα (Koenig, 2012).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει καταδειχθεί ότι η θρησκευτικότητα συνδέεται θετικά με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα, άτομα με υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικότητας εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και αυξημένα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας (Koenig, King, & Carson, 2012). Η πίστη φαίνεται να λειτουργεί ως μηχανισμός αντιμετώπισης (coping mechanism), ιδιαίτερα σε καταστάσεις ασθένειας, απώλειας και λειτουργικής έκπτωσης (Pargament, 1997). Επιπλέον, η θρησκευτικότητα συμβάλλει στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και της αίσθησης του ανήκειν, μέσω της συμμετοχής σε θρησκευτικές κοινότητες (Levin, 2010). Η κοινωνική αυτή διάσταση αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην τρίτη ηλικία, όπου η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση αποτελούν συχνά προβλήματα.

Όσον αφορά τα άτομα με ΗΓΔ, η θρησκευτικότητα μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχολογικής ισορροπίας και της αίσθησης ταυτότητας. Δεδομένου ότι η γνωστική έκπτωση ενδέχεται να επηρεάζει την αυτονομία και την αντίληψη του εαυτού, η πνευματικότητα μπορεί να λειτουργήσει ως σταθερό σημείο αναφοράς (Agli et al., 2015).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σχέση μεταξύ θρησκευτικότητας και στάσεων απέναντι σε ζητήματα τέλους ζωής, όπως η ευθανασία. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικότητας τείνουν να εκφράζουν πιο αρνητικές στάσεις απέναντι στην ευθανασία, καθώς οι θρησκευτικές πεποιθήσεις συχνά δίνουν έμφαση στην ιερότητα της ζωής και στην αποδοχή του φυσικού θανάτου (Sharp, 2006). Αντίθετα, άτομα με χαμηλότερη θρησκευτική εμπλοκή ενδέχεται να υιοθετούν πιο θετικές στάσεις απέναντι στην ευθανασία, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην αυτονομία και στο δικαίωμα επιλογής (Cohen et al., 2006).

Συνεπώς, η θρησκευτικότητα αποτελεί έναν παράγοντα που δύναται να επηρεάσει τόσο την υποκειμενική ποιότητα ζωής όσο και τις ηθικές στάσεις των ηλικιωμένων ατόμων. Η διερεύνησή της στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης κρίνεται σημαντική, καθώς μπορεί να συμβάλει στην κατανόηση των διαφορών μεταξύ γνωστικά υγιών ηλικιωμένων και ατόμων με ΗΓΔ, ιδίως σε σχέση με ζητήματα που άπτονται της αυτονομίας και των αποφάσεων στο τέλος της ζωής.

2.5. Ηθικές και βιοηθικές διαστάσεις

2.5.1. Αυτονομία

Η αξιοπρέπεια αποτελεί θεμελιώδη αρχή στη φροντίδα ηλικιωμένων, συνδεδεμένη άρρηκτα με την αυτονομία, τον σεβασμό και την κοινωνική τους αναγνώριση (Banerjee et al., 2021, Clancy et al., 2021). Παρότι η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου αναγνωρίζει ότι όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται «ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και στα δικαιώματα» (United Nations, 1948), η

πρακτική εφαρμογή της αρχής αυτής στους ηλικιωμένους —ιδιαίτερα σε άτομα με γνωστική έκπτωση— συχνά παραμένει περιορισμένη.

Ο ηλικιακός ρατσισμός (ageism) επηρεάζει αρνητικά τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική υγεία των ηλικιωμένων, ενώ ταυτόχρονα υποβαθμίζει την ικανότητά τους να συμμετέχουν ενεργά σε αποφάσεις που αφορούν την ζωή τους και τη φροντίδα τους (World Health Organization, 2015, Banerjee et al., 2021).

Για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα στην προστασία του ατόμου και στον σεβασμό της αυτονομίας του, διασφαλίζοντας όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή του ίδιου του ηλικιωμένου στη λήψη αποφάσεων.

Η αξιοπρέπεια μπορεί να θεωρηθεί είτε ως έμφυτη και αναπαλλοτρίωτη ιδιότητα κάθε ανθρώπου, που συνδέεται με την καθολική ηθική αξία του ανθρώπου είτε ως μια έννοια που διαμορφώνεται μέσα από τις κοινωνικές σχέσεις και τις εμπειρίες του ατόμου (Banerjee et al., 2021). Στην πρακτική φροντίδας των ηλικιωμένων, η αξιοπρέπεια δεν ταυτίζεται απλώς με την απουσία κακομεταχείρισης, αλλά προϋποθέτει ενεργή αναγνώριση του ατόμου ως φορέα ιστορίας, ταυτότητας και κοινωνικής αξίας. Η εμπειρία της αξιοπρέπειας στην τρίτη ηλικία διαμορφώνεται καθημερινά μέσα από τις ανθρώπινες σχέσεις και τους θεσμούς φροντίδας και βασίζεται σε τέσσερις κύριους άξονες: την ορατότητα, την αναγνώριση, τη συμμετοχή και τον σεβασμό της ευαλωτότητας του ατόμου (Banerjee et al., 2021). Οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν ουσιαστικά στη διατήρηση της ενεργού συμμετοχής των ηλικιωμένων στη ζωή και στις αποφάσεις που τους αφορούν.

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια αποτελεί θεμελιώδη νομική αρχή που δεσμεύει κάθε δημόσια εξουσία και προστατεύει όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως προσωπικών χαρακτηριστικών ή συνθηκών ζωής (Weinrib, 2012). Στο ελληνικό Σύνταγμα κατοχυρώνεται στο άρθρο 2 §1 (1975) ως πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας, ενώ προστατεύεται και μέσω του άρθρου 110 από αναθεωρητικές παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να την περιορίσουν.

 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
--	---	---

Παράλληλα, η αυτονομία, επηρεασμένη από τη φιλοσοφική σκέψη του Kant (1785), αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να καθορίζει τις πράξεις του με βάση τη δική του λογική και ηθική κρίση. Ως δικαίωμα που απορρέει από την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η αυτονομία απαιτεί από το κράτος και τους θεσμούς υγείας να διασφαλίζουν ότι κάθε άτομο μπορεί να συμμετέχει ουσιαστικά στις αποφάσεις που αφορούν τη ζωή και τη φροντίδα του (Weinrib, 2019).

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η αρχή της αυτονομίας στις αποφάσεις που σχετίζονται με το τέλος της ζωής, καθώς το δικαίωμα του ατόμου στον αυτοκαθορισμό συνδέεται άμεσα με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τον σεβασμό των προσωπικών αξιών και των επιθυμιών του, καθώς και με τη δυνατότητα επιλογής σχετικά με τη φροντίδα και τις ιατρικές παρεμβάσεις που επιθυμεί ή δεν επιθυμεί να λάβει. Οι αποφάσεις αυτές μπορεί να αφορούν την παρηγορητική φροντίδα, τη διακοπή ή μη έναρξη θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και τη διατύπωση προηγμένων οδηγιών φροντίδας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου το άτομο ενδέχεται μελλοντικά να μην είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του (European Parliamentary Research Service [EPRS], 2025).

Η διαθήκη ζωής αποτελεί μία μορφή προηγμένων οδηγιών φροντίδας και αφορά τη δυνατότητα ενός ατόμου να καταγράψει εκ των προτέρων τις επιθυμίες του σχετικά με την ιατρική φροντίδα που θα ήθελε να λάβει σε περίπτωση που στο μέλλον δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει ή να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του (Beauchamp & Childress, 2019). Η πρακτική αυτή συνδέεται στενά με τον σεβασμό της αυτονομίας και του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ασθενούς, ιδιαίτερα σε καταστάσεις σοβαρής ασθένειας ή προχωρημένης γνωστικής έκπτωσης. Η διαθήκη ζωής δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να εκφράσει τις προτιμήσεις του σχετικά με ιατρικές παρεμβάσεις, όπως η μηχανική υποστήριξη της ζωής, η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, η τεχνητή σίτιση ή η επιλογή παρηγορικής φροντίδας (Dworkin, 1993). Με τον τρόπο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας και οι οικείοι του ασθενούς

μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις που ανταποκρίνονται περισσότερο στις προσωπικές αξίες και επιθυμίες του ίδιου του ατόμου.

2.5.2. Ικανότητα λήψης αποφάσεων

Η ικανότητα λήψης αποφάσεων αποτελεί θεμελιώδη παράμετρο της αυτονομίας, καθώς επιτρέπει στο άτομο να καθορίζει κρίσιμες πτυχές της ζωής του, συμπεριλαμβανομένων επιλογών που αφορούν την υγεία και το τέλος της ζωής. Η λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες αβεβαιότητας απαιτεί αξιολόγηση πιθανών συνεπειών, πρόβλεψη εναλλακτικών και προσαρμογή στρατηγικής σε μεταβαλλόμενα δεδομένα. Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Corbo et al. (2025), η ήπια γνωσιακή διαταραχή (ΗΓΔ) επηρεάζει σημαντικά τη λήψη αποφάσεων, κυρίως όταν οι συνθήκες χαρακτηρίζονται από αμφισημία, δηλαδή όταν οι πιθανότητες των αποτελεσμάτων δεν είναι σαφείς εκ των προτέρων. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα άτομα φαίνεται να δυσκολεύονται περισσότερο στην αξιολόγηση κινδύνου και ωφέλεια.

Η σημαντική έκπτωση στη λήψη αποφάσεων υπό αμφισημία φαίνεται να σχετίζεται με δυσλειτουργία των προμετωπιαίων και ραβδωτών κυκλωμάτων, τα οποία εμπλέκονται στην επεξεργασία ανταμοιβής και στην προσαρμοστική μάθηση (Brand, Labudda, & Markowitsch, 2009), σύμφωνα με τη Θεωρία των Σωματικών Δεικτών (Damasio, Tranel, & Damasio, 1996), ενώ η δυσλειτουργία στον κοιλιομετωπιαίο φλοιό επηρεάζει την ενσωμάτωση συναισθηματικών σημάτων, υπονομεύοντας την ικανότητα λήψης προσαρμοστικών αποφάσεων. Επιπλέον, διαταραχές των χολινεργικών και ντοπαμινεργικών συστημάτων συνδέονται με γνωστική έκπτωση στη ΗΓΔ περιορίζοντας τη μάθηση από ανατροφοδότηση και τη σταθερότητα των επιλογών (Ballinger et al., 2016).

Σε πρακτικό επίπεδο, τα άτομα με ΗΓΔ εμφανίζουν συχνότερα μη βέλτιστες επιλογές, μειωμένη ικανότητα μάθησης από τα αποτελέσματα των αποφάσεών τους και μεγαλύτερη αστάθεια στις στρατηγικές που ακολουθούν. Αντίθετα, η επίδραση σε καταστάσεις καθαρού ρίσκου φαίνεται λιγότερο έντονη. Οι παραπάνω δυσκολίες

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

έχουν ιδιαίτερη σημασία, καθώς μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα των ατόμων να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις για την υγεία τους και να ασκούν πλήρως την αυτονομία τους, συμπεριλαμβανομένων επιλογών που σχετίζονται με το τέλος της ζωής.

Στο πλαίσιο αυτό, η ευρωπαϊκή νομοθεσία για ζητήματα όπως η ευθανασία δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται από άτομα με επαρκή γνωστική ικανότητα (European Parliamentary Research Service [EPRS], 2025). Η έγκαιρη αναγνώριση γνωστικών ελλειμμάτων και η παροχή υποστηρικτικών παρεμβάσεων μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη διατήρηση της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων, διασφαλίζοντας ότι η άσκηση κρίσιμων επιλογών, όπως η ευθανασία, γίνεται με γνώση και υπευθυνότητα.

2.5.3. Ευθανασία: ορισμός και τύποι

Η ευθανασία αποτελεί ένα από τα πλέον σύνθετα και αμφιλεγόμενα ζητήματα της σύγχρονης βιοηθικής και του ιατρικού δικαίου, καθώς σχετίζεται με θεμελιώδεις αξίες όπως η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η αυτονομία του ασθενούς και η προστασία πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας, η οποία επιτρέπει την παράταση της ζωής ακόμη και σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμων ασθενειών, έχει εντείνει τη σχετική συζήτηση τα τελευταία χρόνια.

Στο πλαίσιο αυτό ανακύπτουν σημαντικά ηθικά και νομικά ερωτήματα σχετικά με το κατά πόσο ένας ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει τον τερματισμό της ζωής του και ποιος πρέπει να είναι ο ρόλος του ιατρού σε μια τέτοια απόφαση. Στη βιβλιογραφία γίνεται συχνά διάκριση μεταξύ διαφορετικών πρακτικών στο τέλος της ζωής, όπως η ευθανασία, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η απόσυρση θεραπείας και η παρηγορική καταστολή. Οι διακρίσεις αυτές είναι ουσιαστικές τόσο για τη βιοηθική αξιολόγηση όσο και για τη νομική ρύθμιση των σχετικών πρακτικών (Beauchamp & Childress, 2019· Keown, 2018).

Η ευθανασία διακρίνεται συνήθως σε ενεργητική και παθητική μορφή. Στην ενεργητική ευθανασία ο ιατρός προβαίνει σε άμεση ενέργεια που οδηγεί στον θάνατο του ασθενούς, ενώ στην παθητική γίνεται διακοπή ή μη έναρξη θεραπευτικών παρεμβάσεων που παρατείνουν τη ζωή. Ωστόσο, στη σύγχρονη βιοηθική ο όρος «παθητική ευθανασία» χρησιμοποιείται όλο και λιγότερο, καθώς η απόσυρση θεραπείας θεωρείται έκφραση του δικαιώματος του ασθενούς να αρνηθεί ιατρική παρέμβαση (Beauchamp & Childress, 2019).

Η ευθανασία ορίζεται ως η πράξη κατά την οποία ένας ιατρός χορηγεί σκόπιμα φαρμακευτική ουσία με σκοπό την πρόκληση του θανάτου ενός ασθενούς, κατόπιν ρητού και επαναλαμβανόμενου αιτήματός του. Κομβικό στοιχείο αποτελεί η πρόθεση πρόκλησης θανάτου, η οποία διαφοροποιεί την ευθανασία από άλλες ιατρικές πρακτικές στο τέλος της ζωής, όπου ο θάνατος δεν αποτελεί τον άμεσο στόχο της παρέμβασης αλλά το τελικό αποτέλεσμα. Για τον λόγο αυτό η ευθανασία παραμένει ένα ιδιαίτερα αμφιλεγόμενο ζήτημα στη βιοηθική και στο ιατρικό δίκαιο (Raus, Sterckx, & Mortier, 2014).

Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία διαφοροποιείται από την ευθανασία κυρίως ως προς τον ρόλο του ιατρού. Σε αυτή την περίπτωση, ο ιατρός δεν χορηγεί ο ίδιος τη θανατηφόρα ουσία, αλλά παρέχει τα μέσα ώστε ο ασθενής να προχωρήσει αυτοπροσώπως στην πράξη (Sulmasy et al., 2018). Σημαντική διάκριση αποτελεί και η διαφορά μεταξύ ευθανασίας και άρνησης ή διακοπής θεραπείας. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ιατρικές παρεμβάσεις, όπως μηχανική υποστήριξη ή τεχνητή σίτιση, στο πλαίσιο της αυτονομίας και της ενημερωμένης συναίνεσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ιατρός δεν επιδιώκει τον θάνατο του ασθενούς αλλά σέβεται την απόφασή του να μη συνεχίσει την ιατρική παρέμβαση. Ως εκ τούτου, η αιτία θανάτου αποδίδεται στην υποκείμενη νόσο και όχι στην ιατρική πράξη (Beauchamp & Childress, 2019).

Η παρηγορική καταστολή αφορά τη χορήγηση ισχυρών φαρμακευτικών ουσιών για την ανακούφιση από ανυπόφορα συμπτώματα, όπως ο έντονος πόνος, όταν αυτά δεν

 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
--	---	---

μπορούν να αντιμετωπιστούν με άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζεται η ηθική αρχή της διπλής επίδρασης, σύμφωνα με την οποία μια πράξη μπορεί να είναι ηθικά αποδεκτή όταν η κύρια πρόθεση είναι η ανακούφιση του ασθενούς, ακόμη κόμη και αν έχει ως πιθανή, αλλά όχι επιδιωκόμενη, συνέπεια την επιτάχυνση του θανάτου (Sulmasy et al., 2018).

Η ευθανασία μπορεί να κατηγοριοποιηθεί με βάση τη συναίνεση του ασθενούς και τη φύση της ιατρικής παρέμβασης σε εκούσια ευθανασία, μη εκούσια, ακούσια ευθανασία και Ενεργητική και παθητική ευθανασία. Η εκούσια ευθανασία πραγματοποιείται όταν ο ασθενής εκφράζει ρητά και συνειδητά την επιθυμία του να τερματιστεί η ζωή του. Η μορφή αυτή συνδέεται άμεσα με την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς. Η μη εκούσια ευθανασία αφορά περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του, όπως σε καταστάσεις κώματος ή σοβαρής γνωστικής έκπτωσης. Η ακούσια ευθανασία πραγματοποιείται παρά τη ρητή αντίθεση του ασθενούς και θεωρείται ηθικά και νομικά απαράδεκτη.

Η συζήτηση γύρω από την ευθανασία χαρακτηρίζεται από έντονες ηθικές αντιπαραθέσεις, καθώς αγγίζει θεμελιώδεις αρχές της βιοηθικής : την αυτονομία, την αξία της ζωής και τον ρόλο της ιατρικής. Η σχετική συζήτηση γύρω από την ευθανασία παραμένει έντονα διχοτομημένη, καθώς στη βιβλιογραφία αναπτύσσονται τόσο επιχειρήματα υπέρ όσο και κατά της νομιμοποίησής της. Από τη μία πλευρά, ένα από τα ισχυρότερα επιχειρήματα υπέρ βασίζεται στην αρχή της αυτονομίας. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, τα άτομα που διαθέτουν πλήρη ικανότητα λήψης αποφάσεων έχουν το δικαίωμα να καθορίζουν τη ζωή και το σώμα τους, συμπεριλαμβανομένων των επιλογών που αφορούν το τέλος της ζωής. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ανίατων ασθενειών με έντονο πόνο, προοδευτική σωματική έκπτωση ή απώλεια αξιοπρέπειας, η δυνατότητα επιλογής ενός ελεγχόμενου θανάτου προβάλλεται ως μέσο αποφυγής παρατεταμένης οδύνης και διατήρησης του αυτοσεβασμού του ασθενούς. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι δεν υπάρχει ουσιώδης ηθική διαφορά μεταξύ της απόσυρσης θεραπείας και της ενεργητικής ευθανασίας, όταν και στις δύο περιπτώσεις το τελικό αποτέλεσμα είναι ο θάνατος που βασίζεται

στη βούληση του ασθενούς (Van der Maas et al., 1996). Από την άλλη πλευρά, διατυπώνονται σημαντικά επιχειρήματα κατά της ευθανασίας. Κεντρική θέση κατέχει η άποψη περί της εγγενούς αξίας της ανθρώπινης ζωής, σύμφωνα με την οποία η ζωή δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται ως εξαρτώμενη από την ποιότητα ή την κατάσταση υγείας του ατόμου. Από αυτή την οπτική, η σκόπιμη πρόκληση θανάτου θεωρείται ασύμβατη με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας, η οποία παραδοσιακά αποσκοπεί στην προστασία και διατήρηση της ζωής, καθώς και στην ανακούφιση του πόνου.

Επιπλέον, σημαντικές ανησυχίες αφορούν την πιθανή πίεση που μπορεί να ασκηθεί σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία ή ασθενείς που εξαρτώνται από τρίτους για τη φροντίδα τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις, υπάρχει ο κίνδυνος τα άτομα να αισθανθούν ότι αποτελούν οικονομικό ή συναισθηματικό βάρος, γεγονός που θα μπορούσε να επηρεάσει την «ελεύθερη» επιλογή τους. Ιδιαίτερη θέση στη βιβλιογραφία κατέχει το επιχείρημα της «ολισθηρής πλαγιάς» (slippery slope). Σύμφωνα με αυτό, η αρχική νομιμοποίηση της ευθανασίας υπό αυστηρά και περιορισμένα κριτήρια ενδέχεται σταδιακά να οδηγήσει σε διεύρυνση των ενδείξεων εφαρμογής της, καθώς και σε χαλάρωση των ελεγκτικών μηχανισμών. Υπό αυτή την προοπτική, υπάρχει ο φόβος ότι πρακτικές που αρχικά επιτρέπονται ως εξαιρέσεις μπορεί με την πάροδο του χρόνου να γίνουν πιο συχνές ή λιγότερο αυστηρά ρυθμισμένες. Για τον λόγο αυτό, στα κράτη όπου η ευθανασία είναι νομικά επιτρεπτή έχουν θεσπιστεί αυστηρές διαδικαστικές εγγυήσεις, όπως επαναλαμβανόμενο και εθελοντικό αίτημα του ασθενούς, επιβεβαίωση της ικανότητας λήψης αποφάσεων και ανεξάρτητη ιατρική αξιολόγηση, με στόχο την αποτροπή καταχρήσεων και τη διασφάλιση της διαφάνειας (Van der Maas et al., 1996).

2.5.4. Η ηθική της ευθανασίας στην άνοια

Η ευθανασία σε άτομα με άνοια αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα ζητήματα της βιοηθικής και του ιατρικού δικαίου. Σε αντίθεση με άλλες περιπτώσεις τελικού

σταδίου νόσου, η άνοια χαρακτηρίζεται από σταδιακή έκπτωση της μνήμης, της κρίσης και τελικά της προσωπικής ταυτότητας, γεγονός που δυσχεραίνει σημαντικά τη δυνατότητα διατύπωσης σταθερής και τεκμηριωμένης βούλησης για το τέλος της ζωής (Groenewoud et al., 2022).

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη των Groenewoud και συνεργατών (2022) εξετάζει την εφαρμογή της ευθανασίας στην πράξη μέσα από την ανάλυση 111 περιλήψεων περιστατικών στην Ολλανδία, όπως αυτές αξιολογήθηκαν από τις Περιφερειακές Επιτροπές Ελέγχου Ευθανασίας (RTE) την περίοδο 2012–2020. Η έρευνα εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο οι ιατροί αιτιολογούν τις αποφάσεις τους και στο κατά πόσο πληρούνται τα κριτήρια «δέουσας επιμέλειας», σε συνάρτηση με θεμελιώδεις αρχές της βιοηθικής, όπως η αυτονομία, η μη βλάβη, η ευεργεσία και η δικαιοσύνη. Ένα από τα βασικά ζητήματα που αναδεικνύονται αφορά την τεκμηρίωση της βούλησης του ασθενούς. Σε προχωρημένα στάδια άνοιας, η ικανότητα επικοινωνίας είναι συχνά περιορισμένη, με αποτέλεσμα η επιθυμία για ευθανασία να βασίζεται είτε σε προηγμένες οδηγίες είτε σε μαρτυρίες συγγενών. Αυτό δημιουργεί εύλογα ερωτήματα ως προς το κατά πόσο η εκπεφρασμένη βούληση παραμένει αυθεντική και σταθερή. Παράλληλα, οι ιατροί καλούνται να ερμηνεύσουν μη λεκτικά σημάδια, γεγονός που αυξάνει την αβεβαιότητα της διαδικασίας. Σε σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων, ακόμη και οι σύμβουλοι ιατροί εξέφρασαν αμφιβολίες για τη νοητική ικανότητα, αν και οι επιτροπές τελικά έκριναν ότι τα κριτήρια είχαν τηρηθεί (Groenewoud et al., 2022).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και το ζήτημα της «αφόρητης οδύνης», η οποία στους ασθενείς με άνοια δεν σχετίζεται πάντα με σωματικό πόνο, αλλά κυρίως με ψυχοκοινωνικούς και υπαρξιακούς παράγοντες. Η απώλεια ανεξαρτησίας, ο φόβος ιδρυματοποίησης και η σταδιακή απώλεια ταυτότητας συνιστούν βασικές πηγές δυσφορίας. Σε αρκετές περιπτώσεις, τα αιτήματα για ευθανασία φαίνεται να πηγάζουν περισσότερο από τον φόβο της μελλοντικής εξέλιξης της νόσου παρά από παρούσα, ανυπόφορη κατάσταση, γεγονός που μετατοπίζει το ηθικό πλαίσιο της

συζήτησης προς την πρόληψη μελλοντικής οδύνης. Παράλληλα, παρατηρείται ότι οι διαθέσιμες εναλλακτικές, όπως η παρηγορική φροντίδα ή η μακροχρόνια φροντίδα σε δομές, συχνά απορρίπτονται από τους ασθενείς, όχι απαραίτητα λόγω έλλειψης πληροφόρησης, αλλά εξαιτίας βαθύτερων φόβων και αντιλήψεων περί απώλειας αξιοπρέπειας. Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης είναι ότι σε σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων η πράξη της ευθανασίας δεν πραγματοποιήθηκε από τον προσωπικό ιατρό, αλλά από εξειδικευμένα κέντρα. Το στοιχείο αυτό μπορεί να υποδηλώνει ηθική επιβάρυνση ή συναισθηματική δυσκολία των ιατρών που γνωρίζουν τον ασθενή σε βάθος.

Συνολικά, η ευθανασία στην άνοια δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ως τυποποιημένη κλινική διαδικασία, αλλά ως πεδίο αυξημένης ηθικής αβεβαιότητας. Η έννοια της αυτονομίας παραμένει κεντρική, όμως η εφαρμογή της καθίσταται ιδιαίτερα εύθραυστη όταν η γνωστική ικανότητα και η ταυτότητα του ατόμου μεταβάλλονται. Για τον λόγο αυτό, απαιτείται ενίσχυση των προηγμένων οδηγιών, έγκαιρη και σαφής επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς και συστηματική ηθική υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας.

2.5.5. Νομικό πλαίσιο

Η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελούν αντικείμενα έντονης βιοηθικής, νομικής και κοινωνικοπολιτικής συζήτησης στην Ευρώπη, καθώς αναδεικνύουν την ένταση μεταξύ της αυτονομίας του ασθενούς και υποχρέωσης του κράτους να προστατεύει τη ζωή. Η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας και η δημογραφική γήρανση εντείνουν τα ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα ζωής στο τελικό στάδιο. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν υπάρχει ενιαίο νομοθετικό πλαίσιο για την ευθανασία, καθώς η ρύθμιση των σχετικών θεμάτων παραμένει στην αρμοδιότητα των κρατών μελών (European Parliamentary Research Service, 2025).

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου έχει αποφανθεί ότι το δικαίωμα στη ζωή δεν συνεπάγεται αυτοτελές «δικαίωμα στον θάνατο», αφήνοντας ωστόσο στα κράτη ευρύ περιθώριο εκτίμησης ως προς το αν και υπό ποιες προϋποθέσεις μπορούν να επιτραπούν τέτοιες πρακτικές, υπό την προϋπόθεση

ύπαρξης αυστηρών εγγυήσεων για την προστασία της ελεύθερης βούλησης του ασθενούς (European Parliamentary Research Service, 2025).

Στην πράξη, παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών. Χώρες όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Ισπανία επιτρέπουν την ενεργητική ευθανασία υπό αυστηρές προϋποθέσεις, όπως η ύπαρξη ανίατης ασθένειας, αφόρητης οδύνης, ικανότητας λήψης απόφασης και ανεξάρτητης ιατρικής αξιολόγησης. Αντίθετα, κράτη όπως η Γερμανία, η Αυστρία και η Ιταλία επιτρέπουν μόνο την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όπου ο ιατρός παρέχει τα μέσα αλλά δεν εκτελεί ο ίδιος την πράξη. Σε άλλες χώρες, όπως η Γαλλία, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία, η Σλοβενία, η Μάλτα και η Κύπρος το ζήτημα παραμένει σε στάδιο δημόσιας ή νομοθετικής διαβούλευσης, με έντονες κοινωνικές και πολιτικές αντιδράσεις (European Parliamentary Research Service, 202

Η βιοηθική προσέγγιση του ζητήματος στηρίζεται συνήθως σε πέντε βασικούς άξονες: την αυτονομία, την ιερότητα της ζωής, την ποιότητα ζωής, την αρχή της μη βλάβης και την ανησυχία για την ολισθηρή πλαγιά. Η αυτονομία αναγνωρίζει το δικαίωμα του ατόμου στον αυτοκαθορισμό, συμπεριλαμβανομένων επιλογών στο τέλος της ζωής. Η δεύτερη, είναι η ιερότητα της ζωής, σύμφωνα με την οποία η ζωή αποτελεί υπέρτατη αξία και η ενεργός πρόκληση θανάτου θεωρείται ασύμβατη με τον θεραπευτικό ρόλο της ιατρικής. Από την άλλη πλευρά, η έννοια της ποιότητας ζωής αναγνωρίζει ότι η παράταση της βιολογικής ύπαρξης δεν συνεπάγεται απαραίτητα ευημερία, ιδιαίτερα σε καταστάσεις έντονης οδύνης. Παράλληλα, η αρχή της μη βλάβης τίθεται σε αντιπαράθεση με περιπτώσεις παρατεταμένου πόνου, ενώ η θεωρία της ολισθηρής πλαγιάς αναδεικνύει τον κίνδυνο σταδιακής διεύρυνσης των κριτηρίων εφαρμογής και την ανάγκη για αυστηρούς μηχανισμούς ελέγχου.

Στην Ελλάδα, δεν υφίσταται ειδικό συνταγματικό ή νομοθετικό πλαίσιο που να αναγνωρίζει δικαίωμα στην ευθανασία. Αντίθετα, το Σύνταγμα προστατεύει ρητά την ανθρώπινη ζωή, ενώ η ποινική νομοθεσία αντιμετωπίζει την πράξη μέσω της ανθρωποκτονίας με συναίνεση (άρθρο 300 ΠΚ). Αυτό σημαίνει ότι η ευθανασία δεν

αναγνωρίζεται ως νόμιμη πράξη, ακόμη και όταν υπάρχει συναίνεση του ασθενούς, αν και η επιθυμία του μπορεί να συνεκτιμηθεί δικαστικά ως προς την επιμέτρηση της ποινής (Voultsos, Njau & Vlachou, 2010). Νομικοί σχολιαστές επισημαίνουν ότι το ελληνικό νομικό πλαίσιο παραμένει κενό όσον αφορά ειδική ρύθμιση για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη θεσμοθέτηση ειδικών κανόνων αν η πολιτεία επιλέξει να ρυθμίσει το ζήτημα ρητά (Giareni, 2005, (Κοζαμάνη, 2019). Επιπλέον, οι κυρίαρχες κοινωνικές και πολιτισμικές θέσεις στην Ελλάδα, επηρεασμένες από την Ορθόδοξη παράδοση, ενισχύουν την αντίθεση απέναντι στην ενεργητική ευθανασία, γεγονός που αντανακλάται και στην απουσία νομοθετικής πρωτοβουλίας.

Ιδιαίτερο προβληματισμό προκαλεί η εφαρμογή των παραπάνω αρχών σε άτομα με προχωρημένη άνοια, όπου τίθεται το ζήτημα της ισχύος προηγούμενης βούλησης έναντι της παρούσας κατάστασης του ασθενούς. Η έννοια των προηγμένων οδηγιών (advance directives) θεωρείται κρίσιμη, ωστόσο η συνεχιζόμενη εμπειρία συναισθημάτων και σχέσεων από τους ασθενείς με άνοια δημιουργεί ερωτήματα για το κατά πόσο η προηγούμενη απόφαση εξακολουθεί να αντανακλά την τρέχουσα πραγματικότητα (Dworkin, 1993· Jaworska, 1999). Παράλληλα, η ανάγκη προστασίας των ευάλωτων ατόμων είναι καθοριστική, καθώς η υποβοηθούμενη αυτοκτονία μπορεί να εκθέσει τους ασθενείς σε πιέσεις και κοινωνικό στιγματισμό (Ganzini, Goy, & Dobscha, 2000, (Council of Europe, 2012).

Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα στην ανακούφιση του πόνου και στη διατήρηση της ζωής, με την παρηγορητική φροντίδα να αποτελεί βασική ηθικά ενδεδειγμένη επιλογή που ενισχύει την αξιοπρέπεια των ασθενών και μειώνει την επιθυμία για πρόωρο θάνατο (Cherny & Radbruch, 2009). Παράλληλα, η εφαρμογή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε άτομα με άνοια παραμένει περιορισμένη λόγω ζητημάτων συναίνεσης και κοινωνικών αντιλήψεων γύρω από τη γήρανση και την εξάρτηση (World Health Organization, 2017). Συνεπώς, η ενίσχυση της παρηγορητικής φροντίδας και των προηγμένων οδηγιών συμβάλλει σε μια πιο

ανθρωποκεντρική προσέγγιση της άνοιας με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ασθενούς (Jakhar, Ambreen, & Prasad, 2021).

2.5.6. Διεθνείς έρευνες για στάσεις ηλικιωμένων απέναντι στην ευθανασία

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στην ευθανασία σε άτομα με άνοια αποτελεί αντικείμενο σημαντικού ερευνητικού ενδιαφέροντος, καθώς συνδέεται άμεσα με ζητήματα αυτονομίας, αξιοπρέπειας και φόβων που σχετίζονται με τη γνωστική έκπτωση.

Στη μελέτη των Blain και συνεργατών (2023) στο Ηνωμένο Βασίλειο, διερευνήθηκαν οι κοινωνικές στάσεις απέναντι στην ευθανασία σε άτομα με άνοια, μέσω ανάλυσης γραπτών αφηγήσεων πολιτών. Τα ευρήματα ανέδειξαν ότι η αποδοχή της ευθανασίας συνδέεται πρωτίστως με την αντιλαμβανόμενη ικανότητα λήψης αποφάσεων, η οποία θεωρείται κρίσιμη προϋπόθεση για τη νομιμοποίηση σχετικών επιλογών. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες με ισχυρό θρησκευτικό υπόβαθρο εμφανίζονταν κατά κύριο λόγο αρνητικοί απέναντι στην ευθανασία, απορρίπτοντας τη δυνατότητα ενεργητικού τερματισμού της ζωής για ηθικούς και θρησκευτικούς λόγους. Αντίθετα, λιγότερο θρησκευόμενοι συμμετέχοντες παρουσίαζαν μεγαλύτερη αποδοχή, ιδίως όταν πληρούνταν προϋποθέσεις όπως η σοβαρή και μη αναστρέψιμη γνωστική έκπτωση και η απώλεια αξιοπρέπειας. Επιπλέον, καταγράφηκαν ανησυχίες για τον κίνδυνο καταχρήσεων και την ανάγκη ύπαρξης αυστηρών θεσμικών εγγυήσεων, ενώ επαναλαμβανόμενα αναδύονταν ζητήματα απώλειας αξιοπρέπειας και φόβου επιβάρυνσης της οικογένειας ή του συστήματος υγείας (Blain et al., 2023).

Στη μελέτη των Largent και συνεργατών (2019), εξετάστηκαν οι στάσεις απέναντι στον ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο σε άτομα που ενημερώθηκαν ότι φέρουν βιοδείκτη αυξημένου κινδύνου για νόσο Alzheimer. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν υιοθετούσε θετική στάση απέναντι στην επιλογή αυτή, κυρίως λόγω ηθικών και θρησκευτικών παραμέτρων. Ωστόσο, ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό εξέφρασε υπό προϋποθέσεις αποδοχή, ιδίως σε περίπτωση σοβαρής γνωστικής έκπτωσης και σημαντικής απώλειας ποιότητας ζωής.

Επιπλέον, η γνωστοποίηση του γενετικού κινδύνου δεν επέφερε ουσιαστική μεταβολή στις βασικές στάσεις, αλλά λειτούργησε ενισχυτικά στον αναστοχασμό γύρω από τον μελλοντικό σχεδιασμό της φροντίδας και την αυτονομία στο τέλος της ζωής (Largent et al., 2019).

Γενικότερα, η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι στάσεις απέναντι στην ευθανασία στην άνοια είναι σύνθετες και συχνά αντιφατικές. Η αποδοχή είναι μεγαλύτερη στα πρώιμα στάδια, όπου η ικανότητα λήψης αποφάσεων θεωρείται διατηρημένη, ενώ μειώνεται σημαντικά στα προχωρημένα στάδια λόγω αμφιβολιών για τη συναίνεση. Παράλληλα, η ποιότητα ζωής και η αντίληψη της αξιοπρέπειας φαίνεται να επηρεάζουν καθοριστικά τις στάσεις, ενώ η ύπαρξη προηγμένων οδηγιών θεωρείται σημαντικός παράγοντας για τον σχεδιασμό αποφάσεων στο τέλος της ζωής. Συνολικά, η άνοια αναδεικνύεται ως κατάσταση που επηρεάζει όχι μόνο την κλινική εικόνα των ασθενών, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία αντιλαμβάνεται την αυτονομία, την αξιοπρέπεια και τα όρια της φροντίδας στο τέλος της ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1. Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη αποτελεί ποσοτική, συγκριτική και διατομεακή (cross-sectional) έρευνα, με στόχο τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής, της θρησκευτικότητας και των στάσεων απέναντι στην ευθανασία σε ηλικιωμένα άτομα και σε άτομα με ΗΓΔ. Η μελέτη έχει διερευνητικό χαρακτήρα, λόγω του σχετικά μικρού μεγέθους δείγματος.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν σαράντα ($n=40$) άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών, τα οποία χωρίστηκαν σε δύο ισάριθμες ομάδες. Η πρώτη ομάδα, Ομάδα Α περιλάμβανε είκοσι ($n=20$) γνωστικά υγιείς ηλικιωμένους, ενώ η δεύτερη Ομάδα Β αποτελούνταν από είκοσι ($n=20$) άτομα με διάγνωση ΗΓΔ. Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της ευκολίας (convenience sampling), από δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την κοινότητα.

Τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη ήταν: ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 70 ετών, επαρκής ικανότητα κατανόησης της ελληνικής γλώσσας και δυνατότητα συμμετοχής στη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Για την ομάδα των ατόμων με ΗΓΔ, απαιτήθηκε τεκμηριωμένη διάγνωση από αρμόδιο επαγγελματία υγείας.

Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν η διάγνωση άνοιας, η παρουσία σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, καθώς και σοβαρές αισθητηριακές δυσλειτουργίες που θα καθιστούσαν αδύνατη τη συμμετοχή.

3.2. Ερευνητικά εργαλεία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε τέσσερις ενότητες.

Η πρώτη ενότητα αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικογενειακή κατάσταση.

Η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο αξιολογούσε επιμέρους διαστάσεις, όπως η σωματική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, οι κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον.

Η τρίτη ενότητα αφορούσε τη θρησκευτικότητα και περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα συμμετοχής σε θρησκευτικές δραστηριότητες, την προσωπική πίστη και τη σημασία της θρησκείας στη ζωή του ατόμου.

Η τέταρτη ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις που διερευνούσαν τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στην ευθανασία.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από ενημέρωση των συμμετεχόντων σχετικά με τον σκοπό της έρευνας και τη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των απαντήσεών τους. Όλοι οι συμμετέχοντες έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή στη μελέτη. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν είτε αυτοσυμπληρούμενα είτε με τη βοήθεια του ερευνητή, όπου αυτό κρίθηκε απαραίτητο.

3.3. Εργαλεία Μέτρησης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία και κλίμακες για την αξιολόγηση της γνωστικής λειτουργίας, της ποιότητας ζωής, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων.

3.3.1 Εκτίμηση γνωστικής λειτουργίας

Η γνωστική λειτουργία των συμμετεχόντων αξιολογήθηκε με τη χρήση της Κλίμακας Γνωστικής Αξιολόγησης του Μόντρεαλ (Montreal Cognitive Assessment – MoCA) (Nasreddine et al., 2005) [Παράρτημα.Α]. Η κλίμακα MoCA χρησιμοποιείται για την ανίχνευση ήπιων γνωστικών διαταραχών και περιλαμβάνει δοκιμασίες που αξιολογούν εκτελεστικές λειτουργίες, προσοχή, μνήμη, γλώσσα και οπτικοχωρικές ικανότητες. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 30, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη γνωστική επίδοση.

3.3.2 Εκτίμηση βαθμού Θρησκευτικότητας

Η θρησκευτικότητα αξιολογήθηκε μέσω τεσσάρων ερωτήσεων τύπου Likert επτά βαθμίδων (1 = καθόλου έως 7 = πάρα πολύ). Το συνολικό σκορ προέκυψε από το άθροισμα των επιμέρους ερωτήσεων (εύρος 4–28), με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό θρησκευτικότητας (Παράρτημα Β). Η χρήση αυτοαναφερόμενων ερωτήσεων για την εκτίμηση της θρησκευτικότητας έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία ως απλός και αξιόπιστος δείκτης θρησκευτικής εμπλοκής (Koenig, 2012).

3.3.3. Εκτίμηση Ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου World Health Organization Quality of Life – Brief (WHOQOL-BREF) (WHOQOL Group, 1998) [Παράρτημα Γ]. Το εργαλείο αυτό αποτελεί συντομευμένη έκδοχή του WHOQOL-100 και χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της υποκειμενικής ποιότητας ζωής. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα. Υπολογίστηκαν ξεχωριστά σκορ για τέσσερις διαστάσεις: σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον. Για κάθε διάσταση υπολογίστηκε ο μέσος όρος των αντίστοιχων ερωτήσεων και στη συνέχεια μετατράπηκε σε κλίμακα 0–100, σύμφωνα με τις οδηγίες του εργαλείου, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

3.3.4 Εκτίμηση Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία αξιολογήθηκε με την κλίμακα Geriatric Depression Scale – σύντομη μορφή 15 ερωτήσεων (GDS-15) (Yesavage et al., 1982) [Παράρτημα Δ]. Η κλίμακα έχει σχεδιαστεί ειδικά για ηλικιωμένους πληθυσμούς και αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο ανίχνευσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η βαθμολόγηση είναι δυαδική (0–1), όπου οι απαντήσεις που υποδηλώνουν καταθλιπτική συμπτωματολογία λαμβάνουν τιμή 1, ενώ οι μη καταθλιπτικές τιμή 0. Σε ορισμένα ερωτήματα εφαρμόστηκε αντίστροφη βαθμολόγηση (reverse scoring),

σύμφωνα με τις οδηγίες της κλίμακας. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0 έως 15, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Επιπλέον οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν την προσέγγιση φροντίδας που θεωρούν περισσότερο συμβατή με τις προσωπικές τους αξίες σε υποθετικό σενάριο προχωρημένης άνοιας, όπου το άτομο αδυνατεί να επικοινωνήσει, να αναγνωρίσει οικεία πρόσωπα ή να λάβει αποφάσεις για τον εαυτό του. Οι διαθέσιμες απαντήσεις περιλάμβαναν:

- α) αποκλειστική έμφαση στην ανακούφιση και άνεση του ασθενούς, ακόμη και χωρίς παράταση της ζωής μέσω ιατρικών παρεμβάσεων,
- β) εφαρμογή όλων των διαθέσιμων ιατρικών παρεμβάσεων με στόχο την παράταση της ζωής ανεξαρτήτως λειτουργικότητας, και
- γ) αβεβαιότητα/μη σαφή θέση (Παράρτημα Ε).

Η διατύπωση των συγκεκριμένων ερωτήσεων επιλέχθηκε προκειμένου να διερευνηθούν, με έμμεσο και λιγότερο κατευθυντικό τρόπο, οι στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας σε συνθήκες προχωρημένης άνοιας. Η άμεση διατύπωση ενός ερωτήματος τύπου «είστε υπέρ ή κατά της ευθανασίας;» ενδέχεται να προκαλέσει συναισθηματική φόρτιση, κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις ή δυσκολία τοποθέτησης, λόγω της ηθικής, θρησκευτικής και κοινωνικής βαρύτητας του θέματος. Για τον λόγο αυτό, επιλέχθηκε η παρουσίαση ενός υποθετικού κλινικού σεναρίου και εναλλακτικών προσεγγίσεων φροντίδας, ώστε να αναδειχθούν πιο ουσιαστικά οι αξίες και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την παράταση της ζωής, την ποιότητα ζωής και την ανακούφιση του ασθενούς στο τελικό στάδιο νόσου. Με τον τρόπο αυτό, η διερεύνηση της στάσης απέναντι στην ευθανασία πραγματοποιείται πιο έμμεσα, επιτρέποντας την αποτύπωση πιο αυθεντικών και σύνθετων ηθικών τοποθετήσεων.

Επιπλέον, διερευνήθηκε κατά πόσο η ύπαρξη επαρκών κοινωνικών και υγειονομικών παροχών από το κράτος (όπως κατ' οίκον φροντίδα, ανακουφιστική φροντίδα και υποστήριξη οικογένειας) θα επηρέαζε τη στάση των συμμετεχόντων σχετικά με τις

αποφάσεις στο τελικό στάδιο σοβαρής άνοιας. Οι απαντήσεις καταγράφηκαν σε τρεις κατηγορίες («Ναι», «Όχι», «Δεν είμαι σίγουρος/η») (Παράρτημα ΣΤ).

Τέλος, αξιολογήθηκε το επίπεδο γνώσης των συμμετεχόντων σχετικά με τη «διαθήκη ζωής» μέσω τριών πιθανών απαντήσεων («Ναι», «Όχι», «Περίπου»).

3.3 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS. Αρχικά, εφαρμόστηκαν περιγραφικά στατιστικά μέτρα, όπως ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση για τις ποσοτικές μεταβλητές, καθώς και συχνότητες και ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές. Για τη σύγκριση των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Mann-Whitney ανεξάρτητων δειγμάτων, ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 ή Fisher exact test. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

3.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.5.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά σαράντα άτομα, τα οποία χωρίστηκαν σε 2 ομάδες, την ομάδα των φυσιολογικών ηλικιωμένων (ομάδα Α, $n=20$) και την ομάδα με ΗΝΔ (ομάδα Β, $n=20$). Στην ομάδα Α συμμετείχαν 8 άνδρες (40%) και 12 γυναίκες (60%), μέσης ηλικίας $75,35 \pm 4,7$ έτη. Στην ομάδα Β συμμετείχαν 9 άνδρες (45%) και 11 γυναίκες (55%), μέσης ηλικίας $76,25 \pm 3,9$ έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ζούσε μαζί με σύζυγο. Συγκεκριμένα στην Ομάδα Α μόνοι 35% ($n=4$), με σύζυγο 60% ($n=12$) και με παιδιά 5% ($n=1$), ενώ στην Ομάδα Β μόνοι 30% ($n=6$), με σύζυγο 70% ($n=14$). Όσο αναφορά την εκπαίδευση στην Ομάδα Α το 20% ήταν απόφοιτοι δημοτικού ($n=4$), 35% απόφοιτοι λυκείου ($n=7$) και 45% απόφοιτοι πανεπιστημίου ($n=9$), ενώ στην Ομάδα Β 30% ήταν απόφοιτοι δημοτικού ($n=6$), 50% απόφοιτοι λυκείου ($n=10$) και 20% απόφοιτοι πανεπιστημίου ($n=4$). Στην Ομάδα Α 25% ($n=5$) δήλωσε χαμηλό εισόδημα, 65% ($n=13$) μεσαίο και 10% ($n=2$)

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

υψηλό εισόδημα, ενώ για την Ομάδα Β τα αντίστοιχα ευρήματα ήταν 35% (n=7) χαμηλό και 65% (n=13) μεσαίο εισόδημα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 2). Οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι. Στην Ομάδα Α έγγαμοι 60% (n=12), άγαμοι 5% (n=1), διαζευγμένοι 10% (n=2), χήροι 25% (n=5), και στην Ομάδα Β έγγαμοι 85% (n=17), άγαμοι 5% (n=1), χήροι 10% (n=2).

Πίνακας 2. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

		ΟΜΑΔΑ Α	ΟΜΑΔΑ Β
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	n= 8 (40%)	n= 9 (45%)
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	n= 12 (60%)	n=11 (55%)
ΗΛΙΚΙΑ		75,3 ± 4,7 έτη min:70 max:85	76,25 ± 3,9 έτη min:70 max:83
ΔΙΑΜΟΝΗ	ΜΟΝΟΣ	n= 7 (35%)	n= 6 (30%)
	ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ	n= 12 (60%)	n= 14 (70%)
	ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	n= 1 (5%)	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	n= 4 (20%)	n= 6 (30%)
	ΛΥΚΕΙΟ	n= 7 (35%)	n= 10 (50%)
	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	n= 9 (45%)	n= 4 (20%)
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΧΑΜΗΛΟ	n= 5 (25%)	n= 7 (35%)
	ΜΕΣΑΙΟ	n= 13 (65%)	n= 13 (65%)
	ΥΨΗΛΟ	n= 2 (10%)	

3.5.2. Αποτελέσματα για ποιότητα ζωής

Στην Ομάδα Α ο μέσος όρος της ποιότητας της σωματικής υγείας ήταν 60,68 ± 20,31%, της ποιότητας της ψυχικής υγείας 45,5 ± 13,73%, της ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων 52,00 ± 22,04% ενώ της ποιότητας των σχέσεων με το περιβάλλον 62,19 ± 22,75%. Τα αντίστοιχα ευρήματα στην Ομάδα Β ήταν, μέσος όρος ποιότητας σωματικής υγείας 64,88 ± 18,31%, ποιότητας ψυχικής υγείας 47,35 ± 13,09%, ποιότητας κοινωνικών σχέσεων 57,28 ± 18,07% και σχέσεων με το περιβάλλον 67,38 ± 18,05%. (Πίνακας 3). Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Τιμές >80% υποδηλώνουν καλή ποιότητα ζωής, 50-80% μέτρια και <50% χαμηλή ποιότητα ζωής.

Πίνακας 3. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ - ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

	ΟΜΑΔΑ Α	ΟΜΑΔΑ Β	
ΣΩΜΑΤΙΚΗ	60,67±20,32%	64,87±18,31%	p=ns
ΨΥΧΙΚΗ	45,50±13,73%	47,35±13,09%	p=ns
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	52,00±22,04%	57,28±18,07%	p=ns
ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	62,19±22,75%	67,37±18,05%	p=ns
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ	17,10±7,93	14,85±6,32	p=ns
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	5,05±3,35	7,65±4,13	p=0,037

3.5.3. Αποτελέσματα Θρησκευτικότητας - Κατάθλιψη

Ο βαθμός θρησκευτικότητας στην Ομάδα Α ήταν 17,10±7,93, ενώ στην Ομάδα Β 14,85±6,32, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους (Πίνακας 2). Βαθμολογία από 4-9 υποδηλώνει χαμηλού βαθμού θρησκευτικότητας, 10-14 μετρίου βαθμού και 15-28 υψηλού βαθμού θρησκευτικότητας.

Στην Ομάδα Α ο βαθμός κατάθλιψης ήταν 5,05±3,35 και στην Ομάδα Β 7,65±4,13 και η διαφορά μεταξύ τους ήταν στατιστικά σημαντική $p=0,037$ ($z=-2,079$), Πίνακας 2). Η τελική βαθμολογία κατάθλιψης κυμαίνεται από 0-15. Αναλυτικότερα βαθμολογία 0-4 θεωρούνται χωρίς κατάθλιψη, 5-8 ήπια κατάθλιψη, 9-11 μέτρια και 12-15 σοβαρή κατάθλιψη.

3.5.4. Στάσεις απέναντι στην ευθανασία, διαθήκη ζωής και κρατική φροντίδα.

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι στην Ομάδα Α, το 40% ($n=8$) των ερωτηθέντων ήταν υπέρ της ευθανασίας, 35% ($n=7$) κατά και 25% ($n=5$) δεν ήταν σίγουρος. Στην Ομάδα Β, 45% ($n=9$) ήταν υπέρ της ευθανασίας, 40% ($n=8$) κατά και 10% ($n=3$) δεν ήταν σίγουρος (Πίνακας 4). Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Όσο αναφορά την διαθήκη ζωής στην Ομάδα Α, 9 ερωτηθέντες (45%) γνώριζαν τι σημαίνει και 55% ($n=11$) δεν γνώριζαν. Στην Ομάδα Β, 30% ($n=6$) γνώριζαν και 70% ($n=14$) δεν γνώριζαν (Πίνακας 4). Οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Στο ερώτημα αν η ύπαρξη επαρκούς κρατικής φροντίδας (π.χ. κατ' οίκον φροντίδα,

ανακουφιστική ιατρική, υποστήριξη οικογένειας, νοσηλεία σε νοσοκομεία), θα επηρέαζε την απάντηση όσο αναφορά το ενδεχόμενο ευθανασίας σε σοβαρή μορφή άνοιας στην Ομάδα Α το 50% (n=10) δεν επιλέγει την ευθανασία, θα προτιμούσε να συνεχιστεί η φροντίδα χωρίς παρεμβάσεις που επιταχύνουν τον θάνατο, 35% (n=7) δεν θα άλλαζε την άποψή του επιμένοντας στην ευθανασία και 15% (n=3) δεν γνώριζε. Στην Ομάδα Β το 55% (n=11) δεν επιλέγει την ευθανασία σε αυτή την περίπτωση, 40% (n=8) επιλέγει ευθανασία και 5% (n=1) δεν γνωρίζει. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 4. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ - ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ

		ΟΜΑΔΑ Α	ΟΜΑΔΑ Β	
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	ναι	n= 8 (40%)	n= 9 (45%)	p=ns
	όχι	n= 7 (35%)	n= 8 (40%)	
	δεν γνωρίζω	n= 5 (25%)	n= 3 (15%)	
ΔΙΑΘΗΚΗ ΖΩΗΣ	ναι	n= 9 (45%)	n= 6 (30%)	p=ns
	όχι	n= 11 (55%)	n= 14 (70%)	

3.5.5. Συσχέτιση μεταβλητών

Στην Ομάδα Α, αναδείχθηκε ένα εκτεταμένο δίκτυο συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικοοικονομικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η σωματική υγεία εμφάνισε θετικές συσχετίσεις με το περιβάλλον ($p=0,000$, $r=+0,741$) και την εκπαίδευση ($p=0,010$, $r=+0,562$). Οι κοινωνικές σχέσεις συσχετίστηκαν θετικά με το περιβάλλον ($p=0,033$, $r=+0,4770$) και την εκπαίδευση ($p=0,050$, $r=+0,433$) και αρνητικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p=0,025$, $r=-0,500$).

Το περιβάλλον εμφάνισε θετική συσχέτιση με το εισόδημα ($p=0,014$, $r=+0,540$) και αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη ($p=0,014$, $r=+0,540$). Η εκπαίδευση παρουσίασε ευρείες θετικές συσχετίσεις με τη σωματική υγεία ($p=0,008$, $r=-0,576$), τις κοινωνικές σχέσεις ($p=0,050$, $r=+0,433$), το περιβάλλον ($p=0,001$, $r=+0,703$) και το εισόδημα ($p=0,002$, $r=+0,661$), ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με τη θρησκευτικότητα ($p=0,008$, $r=-0,576$), την καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p=0,035$, $r=-0,473$) και την ηλικία ($p=0,012$, $r=-0,549$).

Η θρησκευτικότητα εμφάνισε αρνητικές συσχετίσεις με την εκπαίδευση ($p=0,008$, $r=-0,576$), το εισόδημα ($p=0,002$, $r=+0,661$), και την ψυχική υγεία ($p=0,048$, $r=-0,446$), ενώ συσχετίστηκε θετικά με την ηλικία ($p=0,050$, $r=+0,442$). Η καταθλιπτική συμπτωματολογία συσχετίστηκε αρνητικά με τις κοινωνικές σχέσεις ($p=0,025$, $r=-0,500$) και την εκπαίδευση ($p=0,035$, $r=-0,473$). (Πίνακας 5)

Πίνακας 5. ΟΜΑΔΑ Α. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

	ΗΛΙΚΙΑ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΕΙΣΟΔΗΜΑ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ		$p=0,000$ $r=+0,741$	$p=0,010$ $r=+0,562$			
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ				$p=0,029$ $r=-0,488$		
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ		$p=0,033$ $r=+0,477$	$p=0,050$ $r=+0,433$		$p=0,025$ $r=-0,500$	
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ			$p=0,001$ $r=+0,703$		$p=0,016$ $r=-0,531$	$p=0,014$ $r=+0,540$
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ	$p=0,050$ $r=+0,442$		$p=0,008$ $r=-0,576$			$p=0,048$ $r=-0,446$
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ			$p=0,035$ $r=-0,473$			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	$p=0,012$ $r=-0,549$	$p=0,001$ $r=+0,703$		$p=0,008$ $r=-0,576$	$p=0,035$ $r=-0,473$	$p=0,002$ $r=+0,661$
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	$p=0,024$ $r=-0,501$	$p=0,014$ $r=+0,540$	$p=0,002$ $r=+0,661$	$p=0,048$ $r=-0,446$		

Στην Ομάδα Β, η σωματική υγεία αποτέλεσε κεντρικό παράγοντα, καθώς εμφάνισε θετικές συσχετίσεις με την ψυχική υγεία ($p=0,050$, $r=+0,433$), τις κοινωνικές σχέσεις ($p=0,033$, $r=+0,478$), το περιβάλλον ($p=0,000$, $r=+0,778$) και το εισόδημα ($p=0,000$, $r=+0,741$), ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p=0,050$, $r=-0,428$).

Η ψυχική υγεία συσχετίστηκε θετικά με το εισόδημα ($p=0,033$, $r=+0,478$), ενώ οι κοινωνικές σχέσεις εμφάνισαν θετικές συσχετίσεις με τη σωματική υγεία ($p=0,033$, $r=+0,478$) και το εισόδημα ($p=0,001$, $r=+0,696$). Το περιβάλλον συσχετίστηκε θετικά με την εκπαίδευση ($p=0,010$, $r=+0,563$) και το εισόδημα ($p=0,003$, $r=+0,477$). Η θρησκευτικότητα παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την εκπαίδευση ($p=0,005$, $r=-0,604$). (Πίνακας 6)

Πίνακας 6. ΟΜΑΔΑ Β ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

	ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΕΙΣΟΔΗΜΑ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	p=0,050 r=+0,433	p=0,033 r=+0,478	p=0,000 r=+0,778	p=0,050 r=-0,428		p=0,000 r=+0,741
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ						p=0,033 r=+0,478
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ						p=0,001 r=+0,696
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ					p=0,010 r=+0,563	p=0,003 r=+0,477
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ					p=0,005 r=-0,604	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ						p=0,026 r=+0,495

Στην Ομάδα Α φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και στάσης απέναντι στην ευθανασία ($p = 0,025$, $r = -0,499$), ενώ στην Ομάδα Β παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ θρησκευτικότητας και στάσης απέναντι στην ευθανασία ($p=0,033$, $r = 0,33$).

3.6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη, η διερεύνηση των δικαιωμάτων των ατόμων με Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή πραγματοποιήθηκε έμμεσα, μέσω της αξιολόγησης παραμέτρων που συνδέονται με την ποιότητα ζωής και την καθημερινή λειτουργικότητα. Ειδικότερα, οι διαστάσεις της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος, όπως αποτυπώνονται στο WHOQOL-BREF, προσεγγίζουν πτυχές θεμελιωδών δικαιωμάτων, όπως η αυτονομία, η αξιοπρέπεια, η κοινωνική συμμετοχή και η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, η καταθλιπτική συμπτωματολογία, η θρησκευτικότητα και οι στάσεις απέναντι στην ευθανασία εξετάστηκαν ως παράγοντες που δύνανται να επηρεάζουν την αντίληψη και την άσκηση των δικαιωμάτων αυτών, ιδιαίτερα σε ζητήματα αυτοδιάθεσης και λήψης αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα και το τέλος της ζωής.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής, καθώς και των ψυχοκοινωνικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που σχετίζονται με αυτήν, όπως επίσης και των στάσεων απέναντι στην ευθανασία, σε υγιείς ηλικιωμένους και σε άτομα με ΗΓΔ. Παρότι το δείγμα ήταν περιορισμένο και τα αποτελέσματα δεν

μπορούν να γενικευθούν, προκύπτουν ενδιαφέρουσες διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ομάδων, οι οποίες συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση της εμπειρίας της ποιότητας ζωής και των δικαιωμάτων στα πρώιμα στάδια της γνωστικής έκπτωσης.

Ένα από τα βασικά ευρήματα είναι ότι η ποιότητα ζωής διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τους καθοριστικούς της παράγοντες. Στους υγιείς ηλικιωμένους, φαίνεται να υπερισχύουν οι κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και οι κοινωνικές σχέσεις, εύρημα που συμφωνεί με τη θεωρία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (Adler & Ostrove, 1999; Marmot, 2005). Σε αυτή την ομάδα, η ποιότητα ζωής συνδέεται περισσότερο με την κοινωνική ένταξη και τη δυνατότητα συμμετοχής στην καθημερινή ζωή, στοιχείο που έμμεσα σχετίζεται και με την άσκηση δικαιωμάτων όπως η κοινωνική συμμετοχή και η αυτονομία.

Αντίθετα, στα άτομα με ΗΓΔ, η σωματική υγεία και η λειτουργικότητα αναδεικνύονται ως πιο καθοριστικοί παράγοντες. Η διαφοροποίηση αυτή είναι αναμενόμενη, καθώς ακόμη και ήπιες γνωστικές δυσκολίες μπορεί να ενισχύσουν την ανάγκη για ανεξαρτησία και διατήρηση της καθημερινής λειτουργικότητας. Αντίστοιχα ευρήματα έχουν παρουσιαστεί στη μελέτη FINGER, όπου η λειτουργικότητα και τα καταθλιπτικά συμπτώματα επηρέαζαν περισσότερο την ποιότητα ζωής σε σχέση με τη γνωστική επίδοση (Janssen et al., 2022). Παράλληλα, στα αρχικά στάδια της γνωστικής έκπτωσης, η ποιότητα ζωής καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη σωματική κατάσταση και τη λειτουργική ικανότητα (Carcelén-Fraile et al., 2025, Barcaccia et al., 2013). Σε αυτό το πλαίσιο, η απώλεια ή η μείωση της λειτουργικότητας φαίνεται να επηρεάζει άμεσα και την εμπειρία της αυτονομίας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο ρόλος του εισοδήματος, ο οποίος αναδεικνύεται πιο έντονα στην ομάδα της ΗΓΔ. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία που υπογραμμίζει ότι οι οικονομικοί πόροι λειτουργούν ως προστατευτικός παράγοντας για την υγεία και την ευημερία, διευκολύνοντας την πρόσβαση σε

υπηρεσίες και υποστηρικτικά δίκτυα (Wilkinson & Pickett, 2009). Επομένως, το εισόδημα φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο την υλική ευημερία, αλλά και την πρακτική δυνατότητα άσκησης βασικών δικαιωμάτων στην καθημερινότητα.

Παράλληλα, τα άτομα με ΗΓΔ εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, εύρημα που συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες οι οποίες δείχνουν ότι τα πρώιμα στάδια γνωστικής έκπτωσης συνδέονται με αυξημένο ψυχολογικό φορτίο, άγχος και ανησυχία για μελλοντική απώλεια αυτονομίας (Stites et al., 2018; Campbell et al., 2025). Η αρνητική συσχέτιση της κατάθλιψης με την κοινωνική υποστήριξη επιβεβαιώνει επίσης τον προστατευτικό ρόλο των κοινωνικών σχέσεων (Blazer, 2003).

Η θρησκευτικότητα βρέθηκε να αυξάνεται με την ηλικία και να σχετίζεται αρνητικά με το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα, εύρημα που είναι σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία, η οποία την αναγνωρίζει ως μηχανισμό νοηματοδότησης και ψυχολογικής προσαρμογής στη γήρανση (Pargament, 1997; Koenig, 2012). Στην παρούσα μελέτη φαίνεται να λειτουργεί ως παράγοντας σταθερότητας, ιδιαίτερα σε συνθήκες απώλειας ή μείωσης της λειτουργικότητας.

Όσον αφορά τις στάσεις απέναντι στην ευθανασία, παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ομάδων. Στους υγιείς ηλικιωμένους, οι στάσεις συνδέονται περισσότερο με το μορφωτικό επίπεδο και την έμφαση στην αυτονομία και στο δικαίωμα επιλογής. Αντίθετα, στα άτομα με ΗΓΔ, οι στάσεις φαίνεται να επηρεάζονται κυρίως από θρησκευτικές πεποιθήσεις και αξιακά συστήματα. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τους Blain et al. (2023), οι οποίοι επισημαίνουν τον ρόλο της θρησκευτικότητας στις στάσεις απέναντι στην ευθανασία, καθώς και με τους Largent et al. (2019), που τονίζουν τη σημασία της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας στις αποφάσεις τέλους ζωής.

Επιπλέον, η περιορισμένη γνώση γύρω από τη διαθήκη ζωής και τις προηγμένες οδηγίες φροντίδας αναδεικνύει σημαντικό έλλειμμα ενημέρωσης σχετικά με τα

δικαιώματα των ηλικιωμένων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στο τέλος της ζωής, στοιχείο που έχει επίσης επισημανθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η ποιότητα ζωής στην ήπια νοητική διαταραχή αποτελεί μια πολυπαραγοντική έννοια, η οποία δεν μπορεί να εξηγηθεί αποκλειστικά από τη γνωστική κατάσταση. Αντίθετα, επηρεάζεται από τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, ενώ ταυτόχρονα συνδέεται στενά με την εμπειρία και την πραγμάτωση θεμελιωδών δικαιωμάτων.

Υπό αυτό το πρίσμα, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία θα πρέπει να έχουν ολιστικό χαρακτήρα. Ιδιαίτερη έμφαση χρειάζεται να δίνεται στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και στην ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να επηρεάζουν καθοριστικά την καθημερινή λειτουργικότητα και ευεξία. Παράλληλα, παράγοντες όπως το εισόδημα και οι συνθήκες διαβίωσης παραμένουν καθοριστικοί για την πραγματική άσκηση των δικαιωμάτων αυτών.

Τέλος, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν την ανάγκη για εξατομικευμένες παρεμβάσεις στη φροντίδα των ηλικιωμένων, οι οποίες να ανταποκρίνονται τόσο στις κλινικές όσο και στις ψυχοκοινωνικές και δικαιωματικές ανάγκες τους, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής με ουσιαστικό και βιώσιμο τρόπο.

3.7 Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία και των παραγόντων που τη διαμορφώνουν, ωστόσο ορισμένοι περιορισμοί θα πρέπει να συνεκτιμηθούν κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Το μικρό μέγεθος δείγματος και ο συγχρονικός σχεδιασμός (cross-sectional) περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης και δεν επιτρέπουν την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων, παρά μόνο συσχετίσεων. Επιπλέον, η χρήση αυτοαναφερόμενων εργαλείων ενέχει τον κίνδυνο

υποκειμενικότητας και πιθανών αποκλίσεων, ιδιαίτερα σε συμμετέχοντες με Ήπια Νοητική Διαταραχή.

Σε μελλοντικές έρευνες, η αξιοποίηση μεγαλύτερων και πιο αντιπροσωπευτικών δειγμάτων, καθώς και η εφαρμογή διαχρονικών σχεδιασμών, θα μπορούσε να ενισχύσει την εγκυρότητα των ευρημάτων και να επιτρέψει την παρακολούθηση της εξέλιξης της ποιότητας ζωής στον χρόνο. Παράλληλα, κρίνεται σημαντική η βαθύτερη διερεύνηση κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων, καθώς φαίνεται ότι επηρεάζουν όχι μόνο την ψυχοκοινωνική ευημερία και τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, αλλά και την έμπρακτη δυνατότητα άσκησης θεμελιωδών δικαιωμάτων, όπως η αυτονομία, η αξιοπρέπεια και η κοινωνική συμμετοχή.

3.8 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι η ποιότητα ζωής στην Ήπια Γνωστική Διαταραχή αποτελεί μια πολυδιάστατη και σύνθετη έννοια, η οποία επηρεάζεται από τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, ενώ ταυτόχρονα συνδέεται στενά με την άσκηση θεμελιωδών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων, όπως η αυτονομία, η αξιοπρέπεια, η κοινωνική συμμετοχή και η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, οι στάσεις απέναντι στην ευθανασία φαίνεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με γνωστικούς, κοινωνικούς και αξιακούς παράγοντες, με την αυτονομία να αναδεικνύεται ως κεντρικός άξονας στους υγιείς ηλικιωμένους και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις να έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα στα άτομα με ΗΓΔ.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός ότι τα δικαιώματα των ασθενών προστατεύονται κυρίως μέσω του υφιστάμενου πλαισίου βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας, το οποίο περιλαμβάνει την αρχή της αυτονομίας, της ενημερωμένης συναίνεσης, της προστασίας της αξιοπρέπειας και της ίσης μεταχείρισης στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, εργαλεία όπως οι προηγμένες οδηγίες

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

φροντίδας και η διαθήκη ζωής συμβάλλουν στην ενίσχυση της φωνής του ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν το μέλλον του, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η γνωστική λειτουργία ενδέχεται να περιοριστεί. Ωστόσο, τα ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι η εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων στην πράξη δεν είναι πάντα επαρκής, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για συστηματικότερη ενημέρωση και ενθάρρυνση των ηλικιωμένων ως προς τα δικαιώματά τους.

Τέλος, η ενίσχυση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, η βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και η προώθηση μιας πιο ανθρωποκεντρικής και δικαιωματικά προσανατολισμένης φροντίδας μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στην προστασία των δικαιωμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abreu, J. L., Santana, I., Paúl, C., & Pires, R. (2013). Quality of life in patients with mild cognitive impairment: Comparison of self- and informant-rated scores. *Aging & Mental Health*, 17(6), 742–750. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.747083>
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3–15.
- Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2015). Spirituality and religion in older adults with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(5), 715–725.
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., et al. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 270–279.
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977–988. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00411-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00411-0)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Arora, A., Aldridge, L., & Gordon, A. (2024). The state of the consultant geriatrician workforce: An analysis of the RCP census. *British Geriatrics Society*.
- Banerjee, D., Rabheru, K., de Mendonca Lima, C. A., & Ivbijaro, G. (2021). Role of dignity in mental healthcare. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1000–1008. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.05.003>
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., et al. (2013). Defining quality of life: A wild goose chase? *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185–203. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.484>

Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands. *Journal of Medical Ethics*, 33(10), 591–597.

<https://doi.org/10.1136/jme.2006.020016>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

Blain, J., Stevens, D., Taylor, L., Kingston, P., & Watts, G. (2023). Views about euthanasia and dementia. *Healthcare*, 11(18), 2552.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11182552>

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life. *The Journals of Gerontology: Series A*, 58(3), M249–M265.

Bowling, A. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1439–1446.

Brand, M., Labudda, K., & Markowitsch, H. J. (2009). Neuropsychological correlates of decision-making. *Brain Research Reviews*, 61(2), 133–144.

Campbell, J., Lavoie, L., Farraia, M., Huelin, R., Zhang, Q., & Tahami Monfared, A. A. (2025). Quality of life in mild cognitive impairment. *Neurology and Therapy*, 14(1), 7–26.

Carcelén-Fraile, M. del M., Melguizo-Garín, A., Infante-Guedes, A., et al. (2025). Association of cognitive function with frailty. *PLOS ONE*.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0332377>

Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., et al. (2006). European public acceptance of euthanasia. *Social Science & Medicine*, 63(3), 743–756.

- Cummins, R. A. (2005). Moving from quality of life concept to theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55(1), 34–43.
- Dworkin, R. (1993). *Life's dominion*. Vintage.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. *Science*, 196(4286), 129–136.
- European Parliamentary Research Service. (2025). *Euthanasia legislation in the EU*. European Parliament.
- Fayers, P., & Machin, D. (2007). *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (2nd ed.). Wiley.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., et al. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367(9518), 1262–1270.
- Groenewoud, A. S., Leijten, E., van den Oever, S., et al. (2022). Ethics of euthanasia in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(6), 1704–1716.
- Hessen, E. (2025). Mild cognitive impairment and neuropsychological examination. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1662151>
- Jack, C. R. Jr., Knopman, D. S., Jagust, W. J., et al. (2010). Biomarkers of Alzheimer's cascade. *The Lancet Neurology*, 9(1), 119–128.
- Jak, A. J., Bondi, M. W., Delano-Wood, L., et al. (2009). Neuropsychological approaches to MCI. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 368–375.

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	---	---

Johnson, R. W., & Favreault, M. M. (2018). *The future of aging*. Urban Institute Press.

Kaplan, R. M., & Bush, J. W. (1982). Health-related quality of life. *Health Psychology, 1*, 61–80.

Kant, I. (1785). *Groundwork of the metaphysics of morals*.

Keown, J. (2018). *Euthanasia, ethics and public policy*. Cambridge University Press.

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health. *ISRN Psychiatry, 2012*, 1–33.

Kral, V. (1962). Senescent forgetfulness. *Canadian Medical Association Journal, 86*(6), 257–260.

Largent, E. A., Terrasse, M., Harkins, K., et al. (2019). Attitudes toward physician-assisted death. *JAMA Neurology, 76*(7), 864–871.

Lopez, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., et al. (2024). Quality of life in older adults. *BMC Geriatrics, 24*, 815. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05401-7>

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099–1104.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370–396.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper & Row.

Michalos, A. C. (2004). Social indicators research. *Social Indicators Research, 65*, 1–25.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., et al. (2005). MoCA. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699.

OECD. (2018). *Health at a glance: Europe 2018*.

Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. Guilford Press.

Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183–194.

Petersen, R. C., et al. (1999). MCI clinical characterization. *Archives of Neurology*, 56(3), 303–308.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). Human potentials. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.

Salemme, S., et al. (2025). Prognosis of MCI. *Alzheimer's & Dementia*, e70074.

Safiri, S., et al. (2024). Alzheimer's disease review. *Frontiers in Medicine*, 11.

Schalock, R. L. (2004). Quality of life concept. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203–216.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). WHOQOL-BREF. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310.

Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2009). *The spirit level*. Allen Lane.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*.

World Health Organization. (2025). Ageing and health.

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

WHOQOL Group. (1995). Quality of life assessment. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α. ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ MoCA

ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΟΝΤΡΕΑΛ

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA), Z. Nasreddine, MD, 2004

Επιμέλεια-Μετάφραση: Κουντή Φ., PhD & Τσολάκη Μ., MD., 2006.

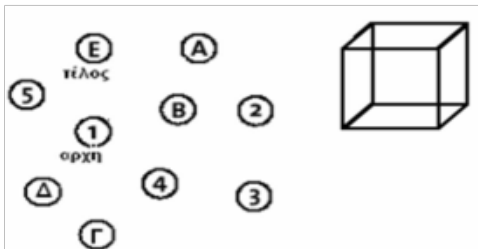
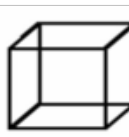
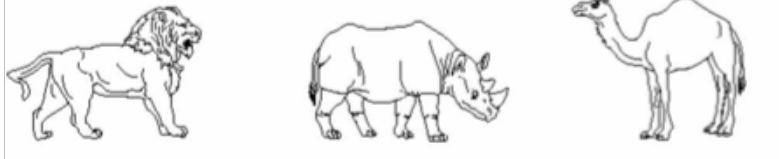
ΟΝΟΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΗΛΙΚΙΑ:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

ΦΥΛΟ:

ΟΠΤΙΚΟΧΩΡΙΚΕΣ/ΕΚ ΤΕΛΕΣΤΙΚΕΣ 	Κύβος αντιγραφή 	ΣΧΕΔΙΟ ΡΟΛΟΠΟΥ (11 και 10) (3 βαθμοί)	ΒΑΘΜΟΙ																	
[]	[]	[] Κύβος [] Αριθμοί [] Δείκτες	/5																	
ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ 			/3																	
ΜΝΗΜΗ Διαβάστε τη λίστα με τις λέξεις. Το υποκαίμενο πρέπει να τις επαναλάβει. Κάντε 2 δοκιμές και μια καθυστέρηση ανάκληση μετά από 5 λεπτά	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>ΠΡΟΣΩΠΟ</td> <td>ΒΕΛΟΥΔΟ</td> <td>ΕΚΚΛΗΣΙΑ</td> <td>ΜΑΡΤΑΡΙΤΑ</td> <td>ΚΟΚΚΙΝΟ</td> </tr> <tr> <td>ΔΟΚΙΜΗ 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ΔΟΚΙΜΗ 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ΠΡΟΣΩΠΟ	ΒΕΛΟΥΔΟ	ΕΚΚΛΗΣΙΑ	ΜΑΡΤΑΡΙΤΑ	ΚΟΚΚΙΝΟ	ΔΟΚΙΜΗ 1						ΔΟΚΙΜΗ 2						όχι βαθμοί
	ΠΡΟΣΩΠΟ	ΒΕΛΟΥΔΟ	ΕΚΚΛΗΣΙΑ	ΜΑΡΤΑΡΙΤΑ	ΚΟΚΚΙΝΟ															
ΔΟΚΙΜΗ 1																				
ΔΟΚΙΜΗ 2																				
ΠΡΟΣΟΧΗ Διαβάστε τη λίστα των ψηφίων (1 ψηφίο/δευτ). Το υποκαίμενο θα επαναλάβει με την ίδια σειρά τα εζής: [] 2 1 8 5 4 Το υποκαίμενο θα επαναλάβει με την αντίστροφη σειρά τα εζής: [] 7 4 2			/2																	
Διαβάστε τον κατάλογο των γραμμάτων. Το υποκαίμενο θα χροιά το χέρι στο τραπέζι κάθε φορά που ακούει το γράμμα Α. Δε δίνονται βαθμοί εάν >2 λάθη			/1																	
Διαδοχική αφαίρεση ανά 7, ξεκινώντας από το 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4-5 σωστές αφαιρέσεις: 3 βαθ., 2-3 σωστές: 2 βαθ., 1 σωστή: 1 βαθ., 0 σωστές: 0 βαθ.			/3																	
ΓΛΩΣΣΑ Επαναλάβετε: Το μόνο που ξέρω είναι ότι ο Γιάννης είναι αυτός που θα βοηθήσει σήμερα. Η γάτα κρυβόταν πάντα κάτω από τον καναπέ όταν βρέσκες τα ναισιωτά μέσα στο δωμάτιο			/2																	
Ροή/ Πείτε όσες περισσότερες λέξεις μπορείτε, σε ένα λεπτό, που να αρχίζουν από Χ [] _____ (N ≥ 11 λέξεις)			/1																	
ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ Ομοιότητα με ταξί/ό π.χ. μπανάνα- πορτοκάλι = φρούτο [] τρένο-ποδήλατο [] ρολόι- χάρταρας			/2																	
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ	<table border="1"> <tr> <td>ανάλυση λέξεων</td> <td>ΠΡΟΣΩΠΟ</td> <td>ΒΕΛΟΥΔΟ</td> <td>ΕΚΚΛΗΣΙΑ</td> <td>ΜΑΡΤΑΡΙΤΑ</td> <td>ΚΟΚΚΙΝΟ</td> </tr> <tr> <td>ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>	ανάλυση λέξεων	ΠΡΟΣΩΠΟ	ΒΕΛΟΥΔΟ	ΕΚΚΛΗΣΙΑ	ΜΑΡΤΑΡΙΤΑ	ΚΟΚΚΙΝΟ	ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	[]	[]	[]	[]	[]	βαθμοί μόνο για ανάλυση						
ανάλυση λέξεων	ΠΡΟΣΩΠΟ	ΒΕΛΟΥΔΟ	ΕΚΚΛΗΣΙΑ	ΜΑΡΤΑΡΙΤΑ	ΚΟΚΚΙΝΟ															
ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	[]	[]	[]	[]	[]															
Προσμετωδ	<table border="1"> <tr> <td>βοήθημα</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>κατηγόρια</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>βοήθημα πολλαπλής επιλογής</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	βοήθημα						κατηγόρια						βοήθημα πολλαπλής επιλογής						στη χορεία βοήθεια
βοήθημα																				
κατηγόρια																				
βοήθημα πολλαπλής επιλογής																				
ΠΡΟΣΕΑΝΑΤΟΛΕΜΟΣ [] ημε/μηνία [] μήνας [] έτος [] ημέρα [] τόπος [] πόλη			/6																	
Φυσιολογική επίδοση ≥ 26			/30																	
Προσθήστε έναν βαθμό αν ≤ 12 έτη εκπαίδευσης			ΣΥΝΟΛΟ																	

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β, ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΙΝΑΙ Η ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ	
καθόλου	
λίγο	
δεν έχω άποψη	
σημαντική	
πολύ σημαντική	
πάρα πολύ σημαντική	
η πιο σημαντική πλευρά της ζωής μου	

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΡΟΣΕΥΧΕΣΑΙ Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΘΕΟ ΣΟΥ Η ΤΗΝ ΑΝΩΤΕΡΗ ΔΥΝΑΜΗ	
καθόλου	
λίγο	
δεν έχω άποψη	
συχνά	
πολύ συχνά	
πάρα πολύ συχνά	
πάντα	

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΣΚΕΦΤΕΣΑΙ Η ΑΝΑΛΟΓΙΖΕΣΑΙ ΤΑ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΑ ΣΟΥ ΠΙΣΤΕΥΩ	
καθόλου	
λίγο	
δεν έχω άποψη	
συχνά	
πολύ συχνά	
πάρα πολύ συχνά	
πάντα	

ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΙΝΑΙ Η ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΣΟΥ	
καθόλου	
λίγο	
δεν έχω άποψη	
σημαντική	
πολύ σημαντική	
πάρα πολύ σημαντική	
η πιο σημαντική	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Οι απαντήσεις θα αφορούν πως αισθάνεστε τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΓΕΝΙΚΑ	
Πολύ άσχημα	
Άσχημα	
Μέτρια	
Καλά	
Εξαιρετικά καλά	

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΑΣ (ΠΧ ΕΝΕΡΓΕΙΑ, ΔΙΑΘΕΣΗ)	
Πολύ άσχημα	
Άσχημα	
Μέτρια	
Καλά	
Εξαιρετικά καλά	

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΠΟΝΟ Η ΔΥΣΦΟΡΙΑ	
Πάρα πολύ συχνά	
συχνά	
μερικές φορές	
σπάνια	
Πολύ σπάνια	

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΠΩΣ ΚΟΙΜΑΣΤΕ	
Πολύ άσχημα	
Άσχημα	
Μέτρια	
Καλά	
Εξαιρετικά καλά	

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΘΛΙΨΗ	
Πάρα πολύ συχνά	
συχνά	
μερικές φορές	
σπάνια	
Πολύ σπάνια	

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Οι απαντήσεις θα αφορούν πως αισθάνεστε τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΓΧΟΣ	
Πάρα πολύ συχνά	
συχνά	
μερικές φορές	
σπάνια	
Πολύ σπάνια	

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ - ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΗΡΕΜΙΑ Η ΕΥΕΞΙΑ	
Πάρα πολύ συχνά	
συχνά	
μερικές φορές	
σπάνια	
Πολύ σπάνια	

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ - ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΙΣΤΕ ΜΕ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	
Πολύ λίγο ικανοποιημένος/η	
Λίγο ικανοποιημένος/η	
Μέτρια ικανοποιημένος/η	
Πολύ ικανοποιημένος/η	
Πάρα πολύ ικανοποιημένος/η	

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ - ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΙΣΤΕ ΜΕ ΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ	
Πολύ λίγο ικανοποιημένος/η	
Λίγο ικανοποιημένος/η	
Μέτρια ικανοποιημένος/η	
Πολύ ικανοποιημένος/η	
Πάρα πολύ ικανοποιημένος/η	

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ - ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ	
Πάρα πολύ συχνά	
συχνά	
μερικές φορές	
σπάνια	
Πολύ σπάνια	

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Οι απαντήσεις θα αφορούν πως αισθάνεστε τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ - ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΕΙΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΑΣ	
Πάρα πολύ λίγο ασφαλείς	
Λίγο ασφαλείς	
Μέτρια ασφαλείς	
Ασφαλείς	
Πολύ ασφαλείς	

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ - ΠΟΣΟ ΕΥΚΟΛΑ ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	
Πολύ δύσκολη πρόσβαση	
Μικρή πρόσβαση	
Μέτρια δυσκολίας πρόσβαση	
εύκολη πρόσβαση	
Πολύ εύκολη πρόσβαση	

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ - ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΣΑΣ	
Πολύ λίγο	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ - ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΑ ΧΩΡΟ ΓΥΡΩ ΣΑΣ.	
Πολύ λίγο	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

(ΒΑΛΤΕ -X- ΣΤΟ ΚΟΥΤΙ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Είστε βασικά ευχαριστημένος από τη ζωή σας	ναι
	οχι
Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας	ναι
	οχι
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια	ναι
	οχι
Βαριέστε συχνά	ναι
	οχι
Είστε κεφάτοι τον περισσότερο καιρό	ναι
	οχι
Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό	ναι
	οχι
Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό	ναι
	οχι
Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος	ναι
	οχι
Προτιμάτε να μένετε σπίτι ή να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούργια πράγματα	ναι
	οχι
Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας σε σχέση με άλλους	ναι
	οχι
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο που είστε ζωντανός τώρα	ναι
	οχι
Αισθάνεστε ότι δεν είστε χρήσιμος έτσι όπως είστε τώρα	ναι
	οχι
Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια	ναι
	οχι
Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική	ναι
	οχι
Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς	ναι
	οχι

(ΒΑΛΤΕ -X- ΣΤΟ ΚΟΥΤΙ ΠΟΥ ΣΑΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ)

	ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
---	--	---

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΑΝΟΙΑΣ, ΟΠΟΥ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΠΛΕΟΝ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙ, ΝΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΟΥΣ ΟΙΚΕΙΟΥΣ ΤΟΥ Η ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥ, ΠΟΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΙΟ ΣΥΜΦΩΝΗ ΜΕ ΤΙΣ ΑΞΙΕΣ ΣΑΣ;	
Να δοθεί έμφαση αποκλειστικά στην ανακούφιση και την άνεση, ακόμη κι αν αυτό σημαίνει ότι δεν θα παραταθεί η ζωή με ιατρικές παρεμβάσεις.	
Να χρησιμοποιηθούν όλες οι διαθέσιμες ιατρικές παρεμβάσεις για παράταση της ζωής, ανεξαρτήτως επιπέδου λειτουργικότητας.	
Δεν είμαι σίγουρος/η	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

ΑΝ ΥΠΗΡΧΑΝ ΕΠΑΡΚΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ (Π.Χ. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ), ΘΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕ ΑΥΤΟ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΜΙΑΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΑΝΟΙΑΣ;	
Ναι, θα προτιμούσα να συνεχιστεί η φροντίδα χωρίς παρεμβάσεις που επιταχύνουν τον θάνατο	
Όχι, η άποψή μου δεν θα άλλαζε	
Δεν είμαι σίγουρος/η	